

سلسلة إصدارات التشخيص التكاملي والتعليم العلاجي لغير العاديين

إيدي في إيدك مع

المحاق، جسمياً (حركياً - إنفعالياً)

- المقعد
- شلل الأطفال
- الشلل الدماغي
- فرط النشاط

إعداد

دكتورة/ زينب محمود شقير

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة طنطا

المجلد الخامس

سلسلة إصدارات التشخيص التكاملي والتعليم العلاجي لغير العاديين

إيرى في إيرك مع

المحاق جسمياً (حركياً - انفعالياً)

المقعد

الشلل الدماغي

شلل الأطفال

فرط النشاط

إعداد

دكتورة / زينبا محمود شقير

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة طنطا

المجلد الخامس

حقوق الطبعة محفوظة للمؤلفة

اسم الكتاب	إيدى فى إيدك مع المعاق جسمياً (حركياً - اتفعالياً).
اسم المؤلف	: الأستاذ الدكتور/ زينب محمود شقير.
عدد الصفحات	: ٩٢
رقم الإيداع	: 21046/2004
الترقيم الدولى	: I.S.B.N. 977-200-458-5
سنة النشر	: ٢٠٠٥
الإصدار	: الأول
المجلد	: الخامس
الناشر	: مكتبة النهضة المصرية - ٩ ش عدلى.
البلد	: القاهرة - جمهورية مصر العربية.
تليفون	: ٠٢ / ٣٩٥٦٧٧١

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ وليخش الذين لو تركوا من

خلفهم قرية ضعافا خافوا عليهم

فليتقوا الله وليقولوا قولا

الصادق
العظيم

﴿ سريرا

(سورة النساء ، الآية ٩)

تقديم

يا الهى

هناك أخوة وأخوات تجمعهم الأخوة وتفرقهم الإعاقة ، وهناك أفراد يفرقهم الزمان والمكان وتجمعهم الإعاقة.

ونحن هنا ومن خلال هذا المرجع نتعامل مع تلك الفئة من فئات المجتمع ، وهى فئة المعاقين (ذوى الاحتياجات الخاصة) ، كى نقدم لهم ما نستطيع من خدمات التشخيص والتأهيل والتدريب والعلاج والإرشاد بما يعود بالنفع على تلك الفئة ، وبما يعود بالنفع أيضاً على المجتمع ، فإذا كان المجتمع يستمد قوته من مسالك وروافد متعددة ، فإن ذوى الاحتياجات الخاصة وبينهم المتفوقين والموهوبين تمثل مسالك هامة وأساسية تنتفق من خلالها قوى مؤثرة فى المجتمع كله قوة أو ضعفاً ، نجاحاً أو فشلاً ، تقدماً أو تراجعاً ، ثراء أو فقرأ على جميع المستويات.

وإذ نهتم بالصحة النفسية لأبنائنا أسوياء كانوا أم معاقين ، فأقدم هذا المرجع وهذا العمل للمكتبات العربية ليكون فى متناول طلاب الدراسات العليا (فى مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة) ، كما يقدم إلى كل الآباء والمعلمين والباحثين والمهتمين بالإعاقة والأخصائيين النفسيين ومعلمى التربية الخاصة بل وإلى كل من يسهم فى تقدم مجتمعنا والنهوض به.

وإن كان هناك توفيق فى تأليف هذا المرجع فإنه من الله سبحانه وتعالى الذى نبغى وجهه الكريم بكل كلمة سجلت فيه ، وإن كان هناك قصور فى مواد وبنوده فإنه من أنفسنا ، والله العلى القدير نسأله العفو والمغفرة فى أى تقصير بتر منى بدون قصد.

وأخيراً علينا أن نسعى وليس علينا إدراك النجاح.

ونحن هنا بصدد إعداد سلسلة من الإصدارات الخاصة بغير العاديين من المتفوقين والموهوبين ومن ذوى الاحتياجات الخاصة بمختلف أنواعها والتي تكرر فى مجملها حول محورين رئيسيين:

المحور الأول: يدور حول تشخيص كل فئة تشخيصاً طبياً واكاديمياً ونفسياً وشخصياً ، وموضحاً لأهم أدوات التشخيص المتاحة لكل إعاقة ، ومشيراً لأهم صعوبات وعقبات التشخيص حتى يتسنى لنا الأخذ بعين الاعتبار الدقة والحذر في التعامل مع تلك الفئة أو غيرها من الفئات الخاصة.

المحور الثاني: يتناول أهم الاتجاهات المعاصرة في التعليم العلاجي والرعاية المتكاملة للنوى الاحتياجات الخاصة ، وكذلك أساليب التدريس والمتاهج الدراسية الملائمة لكل إعاقة على حدة ، بالإضافة لأهم ومستلزمات طرق الرعاية والتأهيل لكل فئة من فئات الإعاقة.

وتشمل هذه السلسلة سبعة مجلدات متتالية في الترتيب ومنفصلة عن بعضها حتى يتيسر للقارئ الحصول عليها منفردة (أو مجمعة معاً) كل بحسب احتياجه. وهي على النحو التالي ...

المجلد الأول: الاتجاهات المعاصرة في التشخيص التكاملي والتعليم العلاجي والرعاية لنوى الاحتياجات الخاصة.

المجلد الثاني: ولدك المتفوق والموهوب ... إلى أين؟

المجلد الثالث: الشموع المضيئة نحو الكفيف وضعيف البصر.

المجلد الرابع: طرق التواصل والتخاطب للصامتون والمتعثرين في الكلام والنطق.

المجلد الخامس: إيدى في إيدك مع المعاق جسمياً (حركياً - وانفعالياً) المقعد - شلل الأطفال - الشلل الدماغي - فرط النشاط.

المجلد السادس: علموا ابنائكم المعاقون (عقلياً وتربوياً).

المجلد السابع: انتبه واحذر الاضطرابات النفس جسمية "السيكوسوماتية" والسوماتوسيكولوجية".

ولله (الوفى والعين)

المؤلفة

الباب الأول

الاكتشاف المبكر والنشيط الكامل
للإعاقة الجسمية (الحركة - الانفعالية)

أولاً: المقعد.

ثانياً: شلل الأطفال.

ثالثاً: الشلل الدماغي.

رابعاً: فرط النشاط العصبي
باضطراب الانتباه.

مقدمة:

تؤثر الإعاقة الجسمية على شخصية الفرد المعاق جسدياً في النواحي الاجتماعية والنفسية ، وقد أشار "ألستر" إلى أن الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية يكافحون في الغالب للتغلب على ما لديهم من نقص والتعويض عنه في ميدان معين ، بل ربما في نفس المجال الذي يؤلف أساس ضعفهم ، وقد يصيبهم هذا التأثير في اتجاه معكس ، فيفضي بهم عجزهم إلى الانطواء أو العدوان أو فقدان الثقة في النفس والتواكل والسيطرة والحقد.

ويرى عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ (١٩٩٦) أن فئة الإعاقة البدنية تضم مجموعات تختلف عن بعضها اختلافاً واضحاً ، غير أنها تشترك جميعاً في صفة واحدة تميزهم عن غيرهم من فئات غير العاديين. وهذه الصفة التي تضمهم في مجموعة واحدة ، هي أنهم يعانون من عجز بدني ، ولما عن الاختلافات الموجودة بينهم والتي تصنفهم إلى مجموعات متباينة فهي نوع للعامة أو المعز الذي يعانون منه.

وعموماً فإن المعاق بدنياً يعاني بأى نوع من القصور البدني كفقد أجزاء الجسم أو حدوث خلل أو تشوه ، ويؤدي هذا القصور إلى حدوث إعاقة للفرد ، تؤدي به إلى عدم القدرة على مزاولة عمله أو القيام بمسائل أخرى.

التشخيص الفارق لأنواع الإعاقة البدنية:

١- التشخيص التصنيفي الفارقي الثنائي للإعاقة الجسمية:

أ- أصحاب عجز ظاهر مثل: الإعاقات البدنية أو الحسية كالمكفوفين أو المقعدين ، ومبتوري الأطراف ، والصم ، والتخلف العقلي.

ب- أصحاب عجز غير ظاهر مثل: مرضى القلب ، والدرن الرئوى ،
وناقى الجذام.

٢- التشخيص التصنيفى الفارقى الثلاثى للإعاقة الجسمية:

أ- ميتورى الأطراف. ب- المثوليين. ج- المقعدين.

٣- التشخيص التصنيفى الرباعى للإعاقة الجسمية:

حيث يتم التصنيف هنا بحسب موقع الإصابة بالخلل داخل الجسم:

أ- إعاقة جسمية ناجمة عن إصابة الجهاز العصبى المركزى

Central Neuroses system

Poliomyelitis - شلل الأطفال

Epilepsy - الصرع

Spinal Bifida - الشق الحركى (استسقاء الدماغ)

Spinal card injury - إصابة الحبل الشوكى

ب- إعاقة جسمية ناجمة عن إصابات الجهاز العضلى:

Dystrophy

Musculer dystrophy - ضمور وإضمحلال العضلات

- خلل وضمور بالنخاع الشوكى (العضلات)

Spinal cord dystrophy

ج- إعاقة جسمية ناجمة عن إصابات الجهاز العظمى:

Amputations - حالات بتر الأطراف وتشوهها

Arthrities - حالات التهاب المفاصل

Feet deformity - حالات تشوه القدمين

- حالات تأخر نمو العظام وعدم اكتمالها

Bone fractures - حالات كسور العظام

Ostemomalacia - حالات لين العظام

الميلد الخامس أ.د. زينب شقر

- حالات التهاب الورك أو خلعه
Dislocation of hips
- حالات إصابة العمود الفقري
Scoliosis
- د- إعاقة جسمية ناجمة عن إصابة أحد أعضاء الجسم:
 - أزمات الصدر والربو الشعبي
Bronchial asthma
- أمراض القلب
Cardiac diseases
- الأمراض السرطانية التي تصيب أحد أعضاء الجسم
Tumors = cancers
- أمراض الكبد المتنوعة
Different liver diseases
- الفشل الكلوي
Renal failure
- الإصابة بمرض السكر
Diabetes mellitus [DM]

أولاً: المقيحد أو المعاق حركياً

Motor Handicapped

من هو الشخص المقيحد (المعاق حركياً) Motor Handicap?

- هو ذلك الشخص الذي عاق حركته ، أو يعوقها بسبب فقد أو خلل أو ضنور في العضلات أو عظام الرجلين ، بسبب إصابة تعرض لها قبل الميلاد أو بعده ، وقد ترتب على إصابته هذه أن أصبح عاجزاً عن السير نظراً لعدم قيام ساقيه بوظيفتهما ، فأصبح يعتمد في سيره على الأجهزة التعويضية بالأرجل الصناعية والعجلات والعكاز أو يعتمد على معلونة الآخرين في سيره.

- هو الشخص الذي تعوق حركته ونشاطه الحيوى فقدان أو خلل أو عاهة أو مرض أصاب عضلاته أو مفاصله بطريقة تحد من وظيفتها العادية ، وبالتالي تؤثر على تعليمه وإيالاته لنفسه ، والبعض يؤكد فى هذا المجال على الإصابة نتيجة شلل الأطفال أو سل العظام أو حتى أمراض القلب ذاتها.
- حالة من الضعف العصبى أو العظمى أو العضلى أو أنها حالة مرضية مزمنة تتطلب التدخل العلاجى والتربوى والدراسى ليستطيع الطفل المعاق حركياً الاستفادة من البرامج التعليمية ، وهذه الإعاقات غير متجانسة.
- حالة يعانى منها المصابون من خلل ما فى قدرتهم الحركية بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموم الاجتماعى والعقلى والانفعالى والعلى ، الأمر الذى يستدعى حاجة هؤلاء الأطفال للتربية الخاصة.

أهم الملامح التشخيصية للمقعّد:

- صعوبة خلع وارتداء الملابس بمفرده.
 - عدم تناسق حركة الجسم والأطراف.
 - صعوبة صعود السلم.
 - يتشابه المقعدون مع العاديين فى مستوى الذكاء ، إلا أنه كلما زادت درجة خطورة القعاد كلما صاحبه انحطاط فى مستوى الذكاء.
 - قصور فى المهارات الحركية.
 - صعوبة التوازن الحركى.
 - يؤثر القعاد تأثيراً سلباً على التقدم العلمى للمقعد فى المستقبل.
 - قد يكون الطفل المقعد لديه من الاستعداد لممارسة مهنة معينة ويكون صالحاً لمزاومتها إلا أن الإعاقة قد تعوقه عن مزاومتها.
- العلاء الهامس أ.د. زينب شقر

- قد تمنع الإعاقة الحركية الطفل المقعد عن مزاوله حياته الاجتماعية بصورة طبيعية لما تسببه عاهته من مضايقة وحسرة اجتماعية له.
- الشعور بالإرهاق والتعب لأقل مجهود.
- الشعور الدائم بالنقص.
- قصور في ممارسة الألعاب الرياضية.
- يؤثر القعد في السلوك الاجتماعي الإيجابي للمعاق فينتابه الشعور بالذنب والشعور بأن عاهته نوع من العقاب ، أو قد يتخذ موقفاً عدوانياً إزاء بيئته.
- هناك بعض المقعدين يستغل ظروفه لاستدراك العطف من الأقران والأقارب لو قد يصبح متطفلاً على المجتمع.
- شعور بالخوف من الفشل.
- القلق والخوف والرفض والانطوائية والدونية.
- تعطل حواس الفرد وأعضاء الحركة عن قيامها بوظائفها.
- شعور اليأس والحسرة.
- زيادة الحساسية.
- فقدان الثقة بالنفس.
- العجز عن التكيف في المجتمع.
- نشوء اضطراب صورة الجسم ويخبر على أنه تشويه للذات والحزن على فقد جزء من الجسم (في حالة البتر).
- إنكار للعاهة وإخفاؤها لمساعدة الآخرين ورفضه الاعتماد على الأجهزة التعويضية (في بعض الحالات).
- فقدان الشعور بالأمن.
- فقدان الأثران الانفعالي.

- الإسراف في الأساليب الدفاعية كالنكوص والتبرير والكتب والإسقاط
- والعدوان الموجه نحو الآخر
- البطالة وفقدان العمل أو قدرته
- ارتفاع تكاليف العلاج أو التأهيل
- مشاعر الغضب والاكتئاب

تشخيص الإعاقة البدنية

يتفق فاروق صادق (١٩٩٣) مع ما ذهب إليه جرسبان Greenspan, S (١٩٨١) فيما يتعلق بمبادئ التشخيص الكليبيكي وأساليب التدخل المبكر من أن هناك ستة أبعاد لعملية التشخيص التي تتم وفقاً لقوانين النمو (وهذه الأبعاد تصلح كمبادئ للحد من حدوث الإعاقات البدنية) ، وهذه الأبعاد الستة هي:

١- المتغيرات قبل الولادة وخلال فترة الحمل Prenatal & Perinatal وهي المتغيرات التي يكون لها أثر كبير على الحالة التكوينية للطفل والاستعدادات لمختلفة لعمليات النمو كالعوامل الوراثية ، والصعوبات الأسرية ، وخصائص الحمل و عملية الولادة وما بعدها مباشرة من النواحي البيولوجية والنفسية والعلاقة بين الأم والطفل.

٢- متغيرات الطفل البدنية والعصبية والفسيولوجية Physical Neurological Physiological وتتضمن العوامل المؤثرة في حالة الوليد مباشرة بعد الولادة من صحة عامة ، أو حالة عصبية ، والعمليات الحيوية بالجسم ، ومستوى تنبيهه ونشاطه ، وهي التي تنظم في العادة وظائف الجسم الداخلية ، واستجابته للمواقف الخارجية.

٣- متغيرات الطفل الحسية الحركية - والمعرفية Motor Cognitive

وتتضمن عمليات النمو في كاملها وتمايزها في هذه المجالات ،
الميلاد الحاضر

تكامل الأجهزة الحسية الحركية ، والعلاقات بين النمو الجسمي -
الحركي مع النمو العقلي أو المعرفي.

٤- العلاقات الأولية بين الطفل ووالديه: Primary Care-Giver
Infant Relationship وتتضمن هذه العلاقات التغذية ، والنظافة ،
والعناية بالطفل بما تحتويها من مكونات ونسق سيكولوجية وانفعالية.
٥- المتغيرات الولادية الأسرية والبيئية: Parental - Family
Environmental وتتضمن قياس العلاقات بين الوالدين وأعضاء
الأسرة وبين الطفل ، وحاجاته ، والممارسات والعلاقات داخل الأسرة
أو الأقارب والأصدقاء والعلاقة مع المؤسسات المختلفة داخل
المجتمع.

٦- متغيرات الطفل في تكوين العلاقات واستكشافها في خبرته:
Variables Formation and Internalization for Human
Relationships وهي علاقات الطفل بوالديه وأخوته وباقى أفراد
الأسرة ، وأن هذه العلاقات في سواتها تكون كافية لنمو اجتماعي
انفعالي متكامل يسمح باستكشاف خبرات جديدة أخرى ولوسع من
الناحية الاجتماعية. (عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠١)

أهم مجالات تشخيص المعاقين حركياً:

لوضح سعيد العزة أنه قبل بدء إعداد برامج علاجية للمعاقين
حركياً ينبغي وضع برنامج شامل ومتكامل لتقييم المعاق حركياً تراعى فيه
الجوانب التالية:

١- مجال التشخيص الطبي:

ويقصد به حالة صاحب الإعاقة ونوعها وشدها والإعاقات
المرافقة لها ومعرفة أسبابها ، من أجل تقديم الخدمات الطبية التي تناسبها

وتحديد حاجة صاحب هذه الإعاقة للعلاج الطبيعي وللأجهزة المعينة التى تمكنه من تخفيف المصاعب الناتجة عن إعاقته الحركية ، مثل العكازين والكراسى المتحركة وحاجته لإجراء عملية جراحية تستدعى تحسين حالته أو حاجته لاستعمال أطراف صناعية وغيرها من وسائل معينة مختلفة ويشمل:

- ١- تحديد المهارات التى يكون المعاق حركياً بحاجة إلى للتدريب عليها مثل حركة العين أو اليد أو غيرها
- ب- تحديد طبيعة العلاجات المساعدة اللازمة لكل حالة إعاقة حركية مثل مساج وتليك وغيرها
- ج- التأكد من خلو المعاق حركياً من الإعاقات الثانوية الناتجة عن هذه الإعاقة.

د- قياس وتشخيص درجة الإعاقة لأغراض تحويل المعاق حركياً للجهات التى يمكن أن يستفيد من الخدمات التى تقدمها سواء كانت تربية أو اجتماعية أو نفسية أو مهنية وتلقى المساعدات المالية اللازمة لعلاج إعاقته تأهلياً.

٢- مجال التشخيص التصنيفى:

لتحديد خدمات المعاق وذلك تبعاً للنتائج التقويم التى توصى بإلحاق المعاق حركياً بالمدرسة العادية أو مؤسسات التربية الخاصة.

٣- مجال التشخيص الاجتماعى:

بحيث يحدد مدى الصلاحية الاجتماعية للطفل المعاق حركياً ومدى استعداداته وقدراته للتوافق والتكيف الاجتماعى فى مجال المدرسة والمنزل والمجتمع وما هى الوسائل العلاجية الاجتماعية التى من الممكن أن يستفيد منها لتحديد المشكلات الاجتماعية لدى هذا الطالب سواء كانت

ذات علاقة بالسلوكات غير الناضجة أو غيرها للعمل على مساعدته للتخلص منها.

٤- مجال التشخيص النفسى:

ويتمثل فى معرفة الاضطرابات الانفعالية والنفسية لدى المعاق حركياً كالسلوك الانسحابى أو العدوانى أو سلوك الاكتئاب ومشاكل اللغة وغيرها وذلك لتحديد المؤسسات النفسية التى تقدم رعاية متخصصة فى هذا المجال.

٥- مجال التشخيص التربوى:

والذى يحدد الصعوبات التربوية والتعليمية الموجودة لدى الطفل المعاق حركياً ومساعدته عن طريق اختيار المؤسسات التى تعنى بتقديم خدمات تربوية خاصة بنوع إعايقه.

ثانياً: شلل الأطفال

Poliomyelitis

ظهر شلل الأطفال منذ القدم ، وقد اُلفت أنظار الأطباء فى العصر الحديث فى أوائل القرن العشرين ، حيث روع العالم بالأوبئة المتكررة التى اجتاحت أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا وغيرها ، لذا نشطت البحوث العلمية فى جهات متعددة من العالم ، ويكتف بمسمى شلل الأطفال أن غالبية مرضاه من الأطفال حيث يصاب ٧٥% ما بين عمر عام - ١٥ سنة. (عبد الله عبد الرحمن ، ١٩٩٤)

تحدث العدوى من الغشاء المبطن للحلق إلى الجهاز العصبى مباشرة ، وقد يستمر الفيروس فى البراز إلى ثلاث شهور وبعد النقاهة من المرض.

التشخيص والتصنيفى الفارقى لأنواع شلل الأطفال ، هناك ثلاث

أنواع:

- ١- إصابة عضلات الجسم.
 - ٢- إصابة عضلات التنفس أو البطن.
 - ٣- إصابة عضلات البلع والحنجرة.
- ولقد تم للتوصل إلى أن الإنسان هو ناقل العدوى الأساسى ، فالميكروب يوجد فى موضعين أساسيين: إما فى الحلق ، أو فى الأمعاء ، ولذلك تحدث العدوى عن طريق البراز ، أو تناول أطعمة ملوثة ، والاختلاط بالمرضى من أهم عوامل انتشار المرض ، ولقد أمكن إيجاد مناعة ضد هذا المرض عن طريق التحصين بالمصل الواقى للأطفال ، وهى عملية إجبارية لجميع المواليد وتعاد ثلثية عند بدء الدراسة. (محمد فهمى ، ٢٠٠٠)

العدوى: يمكن أن تظهر العدوى كإصابة فى المجتمعات التى تقتصر إلى الخدمات الصحية ، وتكفى الوعى فيها والتى تغفل التطعيم. وأهم مصادر العدوى:

- ١- الشخص المصاب فى فترة المرض الحاد ، لأن الفيروس يوجد فى الدم والبلعوم وكذلك فى البراز لمدة طويلة (٥ أسابيع من بداية المرض).
- ٢- حامل الميكروب: يمثل خطورة كبيرة ، نظراً لعدم ظهور الأعراض عليه وعدم انفصاله عن الأصحاء.
- ٣- عن طريق الجهاز الهضمى والتنفسى.
- ٤- للعوامل الوراثية دور فى حدوث شلل الأطفال ، فقد يحدث فى أجيال متعقدة.

تشخيص شلل الأطفال:

يجد الأطباء صعوبة في تشخيص الشلل في مراحله الأولى وذلك لتشابه أعراضه الأولية مع الالتهابات البكتيرية للوزتين والحلق أو نزلة البرد ، وبعد أيام قد يعاني الطفل المصاب بالشلل من تشنجات وارتفاع الحرارة ، مصحوبا بالقى وغيرها من الأعراض سالفة الذكر .

إلا أن من المهم معرفة أن أعراض المرض لا تظهر إلا بعد فترة الحضانة للمرض ، وهى الفترة ما بين التقاط الفيروس وظهور الأعراض (٧-١٢ يوما) وتأخذ الأعراض عدة صور على النحو التالى:

١- الأولى (مرحلة الحضانة): يصاب الطفل بفيروس الشلل ولكن لا يظهر عليه أعراض الشلل للنشطة.

٢- الثانية (مرحلة الهجوم): تظهر الأعراض فجأة وتنتهى خلال عدة أيام ، وتبدأ بدور مشابه للأنفلونزا: دوخة / صداع / غثيان / ألم فى الظهر والرقبة / التهاب فى الحلق / ارتفاع درجة الحرارة / قى / مخص شديد / إسهال أو إمساك وتختفى تدريجيا خلال (٣) أيام هى مدة مرحلة الهجوم.

٣- الثالثة (مرحلة ما قبل ظهور الشلل): تظهر الأعراض كما فى الصورة الثانية تماما ، ويمكن للفيروس أن يستكمل رحلته داخل جسم المريض ويسبب الشلل ، أو يرحل عن المريض خلال عدة أيام.

٤- الرابعة (مرحلة الشلل): تختلف أعراضها باختلاف المكان الذى يختاره الفيروس لسكنه ، فتظهر أعراض شلل الأطراف السفلى ، أو عضلات البطن والحجاب الحاجز ، وربما يحدث أعراض خطيرة ، مثل عدم القدرة على اللطق والبلع ، وقد يصل لدرجة عدم القدرة على التنفس ، ومن ثم يودى بحياتهم. وقد يؤثر المرض على خلايا المخ

وبسبب التهاب الدماغ ، فيحدث انقباضاً في عضلات الوجه ورعشة في الأيدي وأحياناً غيبوبة تؤدي إلى الموت. (ماجدة عبيد ، ٢٠٠١)

المحركات التشخيصية لشلل الأطفال:

تختلف الأعراض تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة ودرجاتها وقد تكون مشاعر القلق والخوف والرفض والعدوانية والدونية أهم الآثار التي تعقب الإصابة.

وعلى الرغم من أن المرضى بشلل الأطفال يختلن كل عن الآخر في الاستجابات للمرض ، إلا أن هناك بعض الآثار النفسية المشتركة بينهم هي:

١- الشعور بالخوف والقلق من المرض وآثاره التي يفرضها على حركة الفرد.

٢- الشعور بالحسرة من جراء عدم قدرة الفرد الحصول على أهدافه أو تحقيقها بعد الإصابة.

٣- للشعور المتنام من العجز الجسمي واستحالة الحياة مع هذا العجز ويزيد من خطورة الموقف جهل الفرد وعدم ثقته في قدرته وطاقاته ومواهبه كعامل أمان في حياته. (عاطف الكيلاني ، ١٩٩٤ ، ٢٨ نقلاً

عن Fallon, 1975, 152)

هذا بجانب الأعراض الجسمية المصاحبة للمرض مثل:

- ارتفاع درجة الحرارة. - فقدان الشهية.
- توقف العضلات المصابة وارتخائها.
- جفاف الحلق. - الشعور بالخمول.
- الصداع. - توقف الرقبة والظهر.
- تشنج في عضلات الأطراف وصعوبة شربها.

ثالثاً: الشلل الدماغي (المعك)

Cerebral Palsy

ما هو الشلل الدماغي؟

تعني كلمة شلل عدم تمكن الطفل من تحقيق التطور الطبيعي في الحركة مثل السيطرة على عضلات الرقبة والجذع واستعمال اليدين والجلوس والزحف والوقوف والمشي.

الشلل الدماغي هو مصطلح علم يستخدم لوصف مجموعة من مظاهر القصور المزمن في الحركة يظهر في السنوات المبكرة من عمر المصاب ، ويرجع مصطلح (Cerebral) إلى ثقي المخ. أما المصطلح (Palsy) فهو وصف للقصور المتمثل في عجز الجسم عن الأداء الحركي المناسب ، ولهذا فإن القصور لا ينتج عن تلف في الأعصاب أو العضلات. وإنما هو ناتج عن إصابة الجهاز العصبي المركزي في المخ ، والذي يؤدي إلى اضطراب في قدرة المخ على التحكم في حركة الجسم بشكل ملائم. (أنسي قاسم ، ٢٠٠١)

- الشلل الدماغي مصطلح يشير إلى شلل أو ضعف أو عدم توازن حركي ينتج عن تلف دماغي.
- هو نوع من العجز الحركي ينتج عن إصابة المخ بنوع من التلف.
- هو تغير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية بنجم عنه تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة.
- هو اصطلاح يطلق على حالة الطفل الذي يتعرض إلى إصابة دماغه الطبيعي بعارض بسبب عدم اكتمال نموه أو تلف في خلايا المناطق المسؤولة عن الحركة ومعرفة القوائم والتوازن ، وذلك أثناء فترة نموه الطبيعي أي بعد تكونه جنيناً وحتى اكتمال للثنية من العمر الميلاد الخامس

- مجموعة من الأعراض تتمثل في ضعف الوظائف العصبية ينتج عن خلل في بيئة الجهاز العصبي المركزي أو نموه.
- هو مصطلح عام يستخدم لوصف مجموعة من مظاهر القصور المزمن في الحركة.
- يظهر في السنوات المبكرة من عمر المصاب.

وتشير الدراسات إلى أن الشلل الدماغي ينتج عن قصور في نمو الجنين ، نتيجة قصور أو نقص في نموه ، أو نقص في الأوكسجين أثناء عملية الولادة ، مما يؤثر على خلايا المخ ، أو نتيجة للحصبة الألمانية.

التشخيص التصنيفي الفارق لأنواع الشلل الدماغي:

١- الشلل الدماغي التقلصي (التشنجي) Spasticity

يعني بالتقلص وجود شد أو تقلص في العضلات مما يجعل الحركات بطيئة وضعيفة ، وهذا النوع أكثر انتشاراً فتشير الإحصائيات إلى أن ٥٠% من حالات الشلل الدماغي تدرج تحت هذا النوع. ويتسبب هذا النوع من الشلل في فقدان الطفل لتوازنه ، وتظهر حركات لاإرادية مع تشنجات عضلية في عضلات مختلفة حسب الإصابة. والتعليمات القادمة من الجزء المصاب من الدماغ تجعل الجسم يأخذ نماذج من الأوضاع الخلطية أو غير الطبيعية ، لذا فإن الطفل يجد صعوبة في التحرك والتخلص من هذه الأوضاع ، وهذا يسبب فقدان أنواع مختلفة من الحركات ، فهم دائماً يتحركون أو يجلسون بنفس الطريقة ، وبالتدريج ممكن أن تتكون تشوهات وصفية مثل انحناء الظهر أو تشوه الحوض ، أو الركبتين أو الأصابع أو القدمين.

كما تصبح عضلات الجسم ضعيفة نتيجة عدم استخدامها وبقيتها في أوضاع معينة ويصاحب هذا النوع من الشلل عدة إعاقات مثل الإعاقة السمعية ، البصرية ، للصرع ، اضطراب الوجدان والتفكير بسبب إصابة القشرة الدماغية والتي تكون مسئولة عادة عن الوظائف الحيوية في مراكز الدماغ العليا.

ويقسم هذا النوع من الشلل الدماغى التشنجى إلى أنواع أربع

هي:

أ- الشلل التشنجى الرباعى **Quadriplegia**: الذى يشمل جميع أطراف الجسم العليا والسفلى ، وقد تتساوى جميع الأطراف فى شدة الشلل وقد تختلف عن بعضها فى الشدة ، وتكون قدرة الطفل على التنقل والحركة ضعيفة جداً ويمانى من صعوبة فى التكيف ولايستطيع التحكم فى وضع رأسه ، ولا يستطيع أن يعبر عن حاجاته ولايستقل عن الآخرين فى قضاء حاجته.

ب- الشلل التشنجى السفلى: تكون الأطراف السفلى مصابة أكثر من الأطراف العليا ، ويستطيع التحكم برأسه إلى حد ما ، لكنه لا يستطيع ضبط حركات العينين ، وتبدو الأعراض واضحة عندما يقترب الطفل من السنة الأولى من عمره. وقد تشمل الإصابة ثلاثة أطراف تكون عادة الساقين وأحد الذراعين ولذلك يطلق عليه اسم الشلل التشنجى الثلاثى **Thioplegia**.

ج- الشلل التشنجى النصفى **Hemiplegia**: تكون الإصابة إما فى النصف الأيمن أو النصف الأيسر من الجسم ، ويصعب على الطفل أن يحرك رجله فى الجزء المصاب من الجسم ، ويتأخر المشى عنده ، وتحدث للطفل تشوهات وضعية فى أصابع القدمين.

د- الشلل التشنجي الطرفي (أو المنفرد) **Monoplegia**: تكون الإصابة في طرف واحد من الجسم في إحدى الأيدي أو إحدى الأرجل ، وهو من الأنواع نادرة الحدوث.

٢- الشلل الدماغى الالتوائى (التخبطى) أو الكنعانى **Athetosis**

ويتسم بالحركات اللاإرادية الناتجة عن تموج حركة العضلات ، مما يؤدي إلى عدم التحكم في حركة اليدين والقدمين وعدم التحكم في عضلات الوجه واللسان مما يؤدي إلى صعوبة في تنسيق الحركات اللازمة للكلام.

وتكثر حركة المصاب بهذا النوع من الشلل وتخف الحركة في حالة الاسترخاء وتختفى أثناء النوم ، ويصيب حوالي ١٠% من حالات الشلل الدماغى.

وأهم أعراضه:

الاهتزاز المستمر / الحركة غير المعتلة بطيئة أو سريعة تحدث في قدميه أو يديه / يكون اللقم مفتوحاً ويخرج اللسان / مسيلان لللعاب / التواء الوجه / عدم توازن الرأس والرقبة والكتفين / محدودية القدرة على الكلام. هذا ولايتأثر أدائه العقلى بهذا الشلل لأن موقع الإصابة بعيدة عن مراكز الدماغ العليا. ويصنف إلى نوعين:

- أ- شلل توتري: حيث يحدث توتر عضلى شديد.
- ب- شلل غير توتري: حيث يحدث حركات التوائية دون توتر عضلى شديد.

٣- الشلل الدماغي التخليجي (اللاتوازني) Ataxia

ينتج عن إصابة المخيخ الذي هو مركز ومنسق حركات العضلات والتوازن ، وتكون حركات الطفل غير مترنة ، يسير بخطوات واسعة ، ويسقط بسهولة لعدم القدرة على حفظ التوازن ، كما أنه يؤدي إلى حركات غير منتظمة في العينين ، وهذا يؤدي إلى صعوبة التوجيه الحركي المكاني ، ويكتشف عندما يبدأ الطفل في المشي ، فيمشي ويداه ممدتان إلى الأمام ليحافظ على توازنه ، لذا يتم وصفهم بالسكارى.

٤- الشلل الدماغي الارتعاشي Tremor

يظهر هذا النوع من الشلل الدماغي أشكال مختلفة من الارتعاش ، وقد يكون هذا الارتعاش شديداً أو خفيفاً ، سريعاً أو بطيئاً ، وقد يقتصر عادة على مجموعات معينة من العضلات ، ويبدو على وتيرة واحدة ، ويكون لا إرادياً تماماً ، وتحدث هذه الحالة نتيجة لعدم المقاومة لأي حركة للعضلات.

٥- الشلل الدماغي التيبسي Rigidity

وهو نادر الحدوث ، ويتسبب في حدوث تشنجات شديدة جداً ، وتوتر عضلي بالغ الشدة ، ويقاوم صاحبه الحركة ، وتكون الإصابة فيه رباعية ، ومصحوبة بصغر في رأس المصاب ، ويتخلف عقلي شديداً.

٦- الشلل المختلط Mixed

يحدث عندما يصاب الطفل بأعراض لأكثر من نوع من أنواع الشلل ، وتكون الأعراض الرئيسية للطفل المصاب لأحد أنواع الشلل واضحة وظاهرة مع وجود بعض الأعراض الأخرى بشكل ثانوي لأنواع أخرى.

من العرض السابق نجد أن هناك مظاهر عامة مشتركة هي

أنواع الشلل الدماغي تبدو في (والتي تعتبر دلالات تشخيصية عامة):

الميلد الباهم ا.د. زبيح شقر

- الشلل الحركي. - الضعف الحركي.
- ضعف التآزر الحركي. - الاضطراب الحركي كالحركات اللاإرادية.

وهناك تصنيف آخر للشلل الدماغي تبعاً لشكله إلى:

١- شلل دماغي بسيط: حيث يعاني الطفل من مشكلات بسيطة لا تستلزم العلاج ، فيمكنه الاعتناء بنفسه ، ويمكنه المشي دون استخدام أجهزة أو أدوات مساعدة ، ولا يحتاج لتدخل علاجي ، ويمكنه الاستفادة من البرامج التربوية العادية.

٢- شلل دماغي متوسط: يكون بطيئاً جداً ، ويتطور لدى المصاب بهذا النوع القدرة على ضبط حركات العضلات الدقيقة ، فيمكنه تعلم المشي في النهاية باستخدام أدوات مساعدة أحياناً.

٣- الشلل الدماغي الشديد: تكون الإعاقة الحركية شديدة ، فتعوقه عن قدرته على العناية الذاتية ، أو الحركة المستقلة أو للتواصل مع الآخرين ، والعجز عن التنقل ، ولذا فهو يحتاج للتدخل العلاجي المنظم والمكثف ، والتدريبات المتواصلة للحد من آثار الشلل على الوظائف الحياتية للمصاب.

وهناك تصنيف آخر لأنواع الشلل الدماغي هي:

- ١- شلل في طرف واحد من أطراف الجسم الأربعة Monoplegia.
- ٢- الشلل النصفى Hemiplegia ، المتمثل في إصابة طرفين في جهة واحدة من الجسم (اليمنى مع الساق اليمنى ، أو اليد اليسرى مع الساق اليسرى).
- ٣- شلل النصف الأسفل من الجسم Paraplegia ، وهو إصابة الساقين بالشلل.

- ٤- الشلل الثلاثي Triplegia ، ويمثل في إصابة ثلاثة أطراف ، وغالبا ما يكون كلتا الساقين وبدا واحدة.
- ٥- شلل الأطراف الأربعة Diplegia ، مع ازدياد حدة الشلل في الساقين عنها في الذراعين.
- ٦- الشلل الرباعي Quadriplegia ، حيث يتساوى الأطراف الأربعة في حدة الإعاقة.
- ٧- الشلل الارتعاشي Spastici أو التشنجي ، ويتميز بعدم قدرة العضلات على التخلص بشكل طبيعي مما يؤدي إلى اهتزاز الجسم وارتعاشه أثناء القيام بالحركة أو المشي.
- ٨- الحركات اللاإرادية Athetosis ، وتنتج عن تموج حركة العضلات ، مما يؤدي إلى عدم التحكم في حركة اليدين والتقدمين وعدم التحكم في عضلات الوجه واللسان مما يؤدي إلى صعوبة في تكاسق الحركات اللازمة للكلام فيما يعرف باسم Dysaryhria.
- ٩- الهزع أو التخلج Ataxia ، ويتميز بعدم القدرة على التنسيق بين حركات العضلات الإرادية ، مما يؤدي إلى عدم التوازن في المشي وعدم الثبات وابتعاد الأقدام عن بعضهما بشكل غير طبيعي ، فلا يستطيع للمعاق المشي بسرعة ، كما يصاحب هذه الإعاقة صعوبة في ارتداء الملابس ، وصعوبة في الكتابة وصعوبة في الكلام نتيجة لعدم القدرة على التحكم بعضلات اللسان.
- ١٠- الشلل التيبسي Rigidity ، ويمثل بالتوتر الشديد عند محاولة تحريك الأطراف نظرا لعدم مرونة عضلات الأطراف.

- ١١- الشلل الاسترخائي Atonic ، ويتمثل في ترهل عضلات الجسم مما يؤدي إلى صعوبة التنسيق بين حركات أعضاء الجسم المختلفة. (أنسى قاسم ، ٢٠٠٠)

أهم الملامح التشخيصية (المشكلات) للشلل الطماغ:

- ١- إصابة الطفل بالتخلف العقلي.
- ٢- الإعاقة السمعية.
- ٣- الإعاقة البصرية / الحول / أخطاء الانكسار مثل طول النظر ، وقصره ، والاستجماتزم وغيرها / المشكلات المرتبطة بالإدراك البصري مثل صعوبة التمييز البصري ، والتأخر البصري - الحركي ، والتمييز البصري للشكل والأرضية / تنذب سريع ودائم في حركة مقالي العين بسبب الخلل الوظيفي.
- ٤- عيوب النطق والكلام: كالحسية أو الأهزيا ، وعسر الكلام ، وتأخر الكلام ، وعدم القدرة على اختيار الكلمات المناسبة وتنظيمها (الإبركسيا).
- ٥- الاضطرابات الإدراكية السمعية والبصرية والحسية.
- ٦- اضطرابات النمو الحسي والانفعالي والتفسي والاجتماعي.
- ٧- مشكلات صعوبات التعلم المتمثلة في نقص القدرة على السمع والتفكير والكلام والقراءة والكتابة والتهجي والحساب.
- ٨- صعوبات تتعلق بمطالب النمو العامة مثل:
 - صعوبة تناول الأطعمة.
 - اضطراب في نمو الثقة بالذات وبالأخرين.
 - تأخر في تعلم النطق.

- تأخر في الدراسة والكتابة.
- لا يستطيع الاعتماد على نفسه في قضاء حاجياته اليومية.
- عدم تعلم المهارات الحسية والاجتماعية.
- ٩- اضطرابات في النمو الحركي والجسمي والعصبي:
 - صعوبة في امتصاص حلبة الثدي.
 - خلل وظيفي في عمل الخلايا الحركية.
 - صعوبة في البلع.
 - الوهن العضلي.
 - صعوبة في التأزر الحركي البصري وصعوبة استخدام القلم عند الكتابة ، واللسان عند الشرب والمضغ.
 - هشاشة العظام والتوتاتها.
 - صعوبة في الإخراج.
 - صعوبة في رفع الرأس والجذع عند لومه على بطنه.
 - انخفاض معدل الوزن والقزامة.
 - عدم قدرته على التعرف على من حوله.
 - عدم القدرة على الجلوس وحتى بمساعدة الآخرين.
 - تأخر في النهوض من وضع الجلوس والوقوف.
 - مشكلات تتعلق باضطرابات عادات الأكل.
 - يعاني من تسوس الأسنان وتلفها.
 - عدم مرونة العضلات الناتجة عن الروماتيزم والكسور أو الناتجة عن اضطراب في الجهاز العصبي المركزي.
 - صعوبة القدرة على الوقوف.
 - صعوبة في ضبط المثانة.

- قد يعانى من حالات الصرع.
 - عجز واضح فى اضطراب ونمو عضلات الجسم التى تشمل اليدين والأصابع والقدمين والعمود الفقرى.
 - صعوبات القراءة مع التركيز وتشتت الانتباه.
 - صعوبات فى التذكر والاسترجاع.
- ومن خلال معرفة الأسباب المؤدية للمرض يمكن مقاومته والوقاية من حدوثه من خلال تلافى حدوث الأسباب المؤدية له.
- ويجب الأخذ فى الاعتبار أن الذين يعانون من الشلل الدماغى يتمتعون بقدرات ذكاء عالية ، إلا أن حوالى ٧٠% منهم يعانون من صعوبات فى الكلام واللغة ، بجانب قصور فى الحواس المختلفة ، ويذكر كمال سي سالم (٢٠٠١) أن هذا المرض يعد من الإعاقات غير المتوقعة وغير المحددة ، كما أنه غير قابل للعلاج أو الشفاء ، ولهذا فالمعاق يحتاج إلى العلاج الطبيعى المتواصل حتى تظل العضلات مختلفة بقدرتها الحالية ، كما يحتاج إلى ارتداء الحزام ، وإلى لبس القبعة الواقية عند التنقل لتجنب إصابة الرأس والعمود الفقرى عند المقوط على الأرض.
- ١٠- اضطرابات نفسية: خجل / انطواء / انسحاب / عزلة / حزن / اكتئاب / تشتت وخوف وقلق / اضطرابات نفسية عصبانية / الشعور بالحرمان / شعور بالذنب والعجز والقصور.
- ١١- اضطرابات تربية واجتماعية:
- انطواء اجتماعى.
 - يعانون من نظرة المجتمع نحو قصورهم الجسمى.
 - صعوبة التفاعل الاجتماعى.
 - الخجل من استهزاء الآخرين بهم.

- الشعور بالحرمان الاجتماعي.
- الانسحاب من المدرسة.
- العدوان وإيذاء الذات.
- السرقة والغش والكنب.
- صعوبات في القراءة والكتابة.

أدوات التشخيص للمهاجرين حركياً والمشلولين كماً غنياً:

- ملاحظة الطفل مباشرة.
- مقابلة للوالدين والأشخاص المهمين في حياته.
- استخدام أدوات لقياس الإدراك البصري والحدة البصرية والإدراك السمعي والحدة البصرية.
- استخدام أدوات ملائمة لقياس مهارات التمييز: تميز الألوان والأشكال والأحرف والأرقام.
- استخدام مقاييس المهارات اللغوية التعبيرية والاستيعابية.
- استخدام مقاييس التنظيم الإدراكي ، والذاكرة والقدرات العقلية.
- استخدام مقاييس المهارات الاجتماعية ومهارات العناية بالذات.
- استخدام مقاييس اضطرابات الشخصية متعددة الأوجه.
- الفحص الطبي للجوانب الجسمية والعصبية المختلفة.
- الفحوصات والتحليلات المعملية التي تحدد الجوانب المختلفة المرتبطة بالشلل الدماغي أو شلل الأطفال.
- الفحص الكلينيكي والعيادي من قبل أطباء الأطفال.

- استخدام مقياس السلوك للتكفي الذي يركز على: الأداء المستقل / النمو الجسمي / للنمو اللغوي / النشاط المهني / الاجتماعي / تحمل المسؤولية.

رابعاً: تشخيص اضطراب فرط النشاط /

اضطراب الانتباه

لايجوز الفصل بين اضطراب فرط النشاط واضطراب الانتباه لتداخلهما في الخصائص والسمات معا ، إلى الحد الذي أطلق عليه الغالبية اضطراب الانتباه المرتبط (المصطحب) بفرط النشاط أو اضطراب فرط النشاط المصطحب باضطراب الانتباه ، وعادة ما يظهر في سن السابعة ولم يزداد نموه مع الاضطراب على الرغم من وجود اعتقاد خاطئ شائع أنه كلما قل فرط النشاط تصل سعة الانتباه للمدى السوي ويتفوق نمو الطفل عليه ، وغالبا ما تستمر الأعراض المضطربة طوال حياة الفرد (Werdes, 1987)

من هنا كان من الضروري مناقشة المشكلة السلوكية (فرط النشاط) في توازي مع المشكلة التربوية (اضطراب الانتباه).
تعريف فرط النشاط:

- مجموعة من الأعراض السلوكية الشائعة لدى الأطفال ، ويتميز بصعوبة في التركيز وانفداع في السلوك والانفعال كما تتضمن عدوانية وعصيانا وسلوكا لاجتماعيا مما يثير ضغط الوالدين والمعلمين والأفراد على هذا الطفل. (عزة زكي ، ١٩٨٥)

وتعرفه المؤلفة إجرائيا:

بأنه طفل يزيد نشاطه في مواقف لا تتطلب هذا السلوك الزائد ، كما أن سلوكه فرط النشاط هذا يكون غير مقبول اجتماعيا ، ويكون لديه ميول عنوانية وتدميرية ، ولديه مجموعة من المشكلات السلوكية التي تتمثل في الاندفاعية والتهور في التصرفات والسلوك ، مع صعوبة إقامة علاقات اجتماعية طيبة مع أقرانه ووالديه ومدرسيه ، وصعوبة وقصور في تركيز انتباهه لفترة طويلة ومن ثم المرحان وشروذ الذهن ، وعدم الاستماع أو الإنصات للمتحدث من حوله ، وعدم الدقة في أداء الأعمال ، مما يؤدي إلى سوء توافقه الشخصي والاجتماعي.

تعريف اضطرابات الانتباه

• اضطراب يشمل كل من الشكل التلقائي والارادي للانتباه ويسود حول الضعف في القدرة على تركيز العمليات العقلية في الاتجاه المطلوب ، وعدم القدرة على التأثر بالأحداث ، مع قصور في عدد الصور المتغيرة المنطبعة في الذهن. (Hends et al في ايتسام السطحية).

• اضطراب يصيب الطفل الذي ليس لديه القدرة على تركيز انتباهه وينسم بالاندفاعية ، وفرط النشاط ، وتزداد هذه الأعراض بشدة في المواقف التي تتطلب من الطفل التعبير عن ذاته أو التحكم الذاتي ، ويظهر أيضا لدى الطفل الذي لديه اضطرابات في الانتباه قصور في مدى ونوعية التحصيل الأكاديمي وقصور في الوظائف الاجتماعية. (Psychological Encyclopedia;

1986)

التشخيص التصنيفي الفارق للاضطراب الانتباه وفرط النشاط:

١- التصنيف الثنائي:

جاء في دليل التصنيف الطبي الثالث لرابطة الطلاب النفسي الأمريكي المعدل (DSM-III-R 1987) أن كل من اضطراب الانتباه ، وفرط النشاط عرضان مندمجان مع بعضهما وأطلق عليهما مصطلح اضطراب الانتباه وقسم هذا التصنيف للأطفال مضطربي الانتباه إلى فئتين هما:

١- فئة الأطفال الذين يعانون من اضطراب في الانتباه المصطبب بفرط النشاط.

٢- فئة الأطفال مضطربي الانتباه بدون فرط نشاط مصاحب.

٢- التصنيف الثلاثي:

إلى أن جاء دليل التصنيف الطبي الرابع لرابطة الطب النفسي الأمريكي (D.S.M. VI- 1994) وميز بين ثلاثة أنواع من اضطرابات الانتباه:

١- اضطراب الانتباه المصطبب بفرط النشاط:

Attention deficit Hyper activity disorder combined

ويصطبب هذا النوع ستة أعراض لفرط النشاط بجانب الاندفاعية وينتشر بين كل من الأطفال والمراهقين.

٢- اضطراب الانتباه غير مصطبب بأعراض فرط النشاط:

Attention deficit Hyper activity disorder / predominantly intention type.

ويصطبب هذا النوع ستة أعراض لاضطراب الانتباه فقط.

٣- فرط النشاط غير المصطب باضطراب الانتباه (أو انخفاض واضح في اضطراب الانتباه).

Attention deficit Hyper activity disorder / predominantly typer activity disorder.

ويعتبط هذا النوع ستة أعراض لفرط النشاط ، مع انخفاض واضح لأعراض اضطراب الانتباه.

٣- التصنيف الرابع:

حيث أسفرت نتائج دراسة قامت بها ابتسام السطحية (١٩٩٢) لتشخيص هؤلاء الأطفال عن وجود أربع فئات للأطفال مضطري الانتباه ، هم:

١- الأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه فقط (ADD) deficit disorder.

٢- الأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه مع فرط النشاط. ADD+ H Hypractive.

٣- الأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه مع صعوبات التعلم. ADD+ LD (learning disability).

٤- الأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه مع فرط النشاط وصعوبات التعلم. HDDH + LD.

العلامات والمظاهر التشخيصية الخاصة لاضطراب الانتباه / فرط النشاط:

١- صعوبة التركيز.

٢- اضطرابات في الذاكرة والإدراك مع صعوبة تكوين المفاهيم.

٣- انخفاض في معدل التحصيل الدراسي. ٤- تشتت والتفاني.

العيلة الخامس أ.د. زيد شمر

- ٥- فوضوية وتشوش في السلوك.
- ٦- قصور الانتباه وسهولة تشتته.
- ٧- عدم الاستقرار.
- ٨- الاندفاعية.
- ٩- المجزء عن تكملة الأعمال الموكلة إليه.
- ١٠- انخفاض تقدير الذات.
- ١١- مشاعر الإحباط.
- ١٢- نوبات انفعالية حادة.
- ١٣- المعارضة المقشدة.
- ١٤- اضطرابات التواصل وضعف القدرة على التحدث.
- ١٥- التبرز اللاإرادي والتبول اللاإرادي.
- ١٦- تصدع الإدراك الحركي.
- ١٧- ضعف القدرة على الإنصات الجيد.
- ١٨- ضعف القدرة على التفكير.
- ١٩- تأخر الاستجابة.
- ٢٠- النشاط الحركي الزائد الذى يؤدي إلى الضرر للمحيطين به.
- ٢١- لوم الآخرين وانتقادهم.
- ٢٢- عدم الثبات الانفعالي.
- ٢٣- اللسبان المستمر.
- ٢٤- يصعب عليه اللعب بنشاط وهف.
- ٢٥- كثرة الأخطاء فى الواجبات المدرسية وكذلك المنزلية.
- ٢٦- سهولة فقدان الأشياء منه.
- ٢٧- فكرة الأعمال التى تحتاج إلى جهد عظمى.
- ٢٨- لامبالاة وعدم الاستماع لحديث الآخرين.
- ٢٩- صعوبة الإصغاء.
- ٣٠- السيطرة ، والعدا ، والقلق.
- ٣١- انخفاض القدرة على تحمل الإحباط.
- ٣٢- اضطراب للتوالت الاجتماعى والأسرى.

٣٣- انخفاض الأداء على مقاييس الذكاء بشكل نسبي.

[(D.S.M. - VI - 1994, Marshall, P. (1989), Barkley. R.A, (1990), Becker, R.D, (1976), محمد كامل (٢٠٠٠) جمعة يوسف (١٩٩٢) السطحية]

أهم الملامح التشخيصية الأساسية للمصاحبة للاضطراب فرط النشاط: (زملة الأعراض):

يتضمن الخلل ADHD مجموعتين رئيسيتين من الأعراض: عدم الانتباه ومزيج من السلوكيات العفوية والمفرطة للحركة ، وبشكل عام فإن معظم الأطفال يكونون أكثر نشاطاً وانفعاءاً وقليلاً للشرد (تشتت الانتباه) ، وذلك العديد من المظاهر السلوكية المصاحبة لفرط النشاط ، على أن تكون أكثر أهمية وأشد خطورة في حياة الطفل ، وبالرغم من تحدها إلا أنه يشترط توافر ثلاثة مظاهر أساسية لدى ذوى فرط النشاط هي: سلوك فرط النشاط الحركي ، الاندفاعية ، قصور الانتباه ، وفيما يلي مجمل المظاهر المختلفة المصاحبة لاضطراب فرط النشاط:

١- فرط النشاط الحركي Hyperkinesis: حالة تتميز بنشاط

حركي مفرط وبالفرة وقلة الانتباه والانفعال والتهور ، وتبدو أعراض فرط النشاط في: كثرة الحركة ، صعوبة القدرة على الثبات ، الخروج من المقعد والتجول في الفصل أو المدرسة أو المنزل بدون سبب واضح ، عدم التماسق الحركي ، غير مهذب ، عدم الإرتقاء بالسلوك المناسب للموه الزمنى ، غلبات زائدة للحركات الكبرى ، يتحرك ويهتز باستمرار ، السلوك العبيث غير المقبول اجتماعياً ، مشاكس ، التآرجح على الكرسي ، عدم الاستقرار في مكانه ، الإزعاج وإحداث الضوضاء في المكان الذي يتواجد فيه ، لا ينتظر

دوره في اللعب ، السلوك المشوش غير الواضح ، يتملص بيديه وقدميه وفي جلسته ، الكلام والضجيج ، الركن أو القفز (إبراهيم كاظم ، ١٩٨٨ ، ٢٠٤ ، DSM-IV - 1994 ، باركلي ، أ ، ر ، ١٩٩٩ غسان يعقوب ، ١٩٩٥ ، أحمد عكاشة ١٩٩٢ ، Carlson, CL. & Others, 1997).

٢- الاندفاعية **Impulsivity**: تبدو في صعوبة ضبط السلوك ، وصعوبة التركيز ، وعدم الاستماع للمدرس حتى ينتهي من السؤال ومن ثم يخطئ الطفل في الإجابة ، السلوك المندفع وما ينتج عنه من سوء التوافق الشخصي والاجتماعي ، عدم اتباع التعليمات ، الاندفاع في الحركة ، صعب الترويض ، معاد ، لا يمكن ضبطه أو التحكم في سلوكه ، ينتقل من عمل لآخر دون الانتهاء من الأول ، عدم الاستقرار ، غير مطيع اجتماعيا ، لا يحترم الآخرين ولا ينصت إليهم ، يكون مشدودا لمثيرات ومنبهات غريبة وبصورة مندفعة ، كثير التدخل في شئون الآخرين دون أن يطلب منه ذلك ، الهروب من الأنشطة المطلوبة منه ، كثير الكلام ، يصعب عليه الانتظار لدوره في اللعب أو المواقف الاجتماعية. آلية الاستجابة قبل التفكير ، التغير المفاجئ في النشاط ، نقص التنظيم.

٣- العدوانية **Aggression**: يتميز الطفل ذو فرط النشاط بممارسة كل من السلوك العدواني اللفظي وغير اللفظي ، الركل ، الضرب ، استخدام الألفاظ البذيئة ، اللعب بعصبية يؤذي الآخرين من حوله ، يمزق ملابس غيره ، يكسر ويحطم أثاث الفصل والمنزل ، يفقد الأشياء الهامة مثل القلم أو الكتاب أو أدوات اللعب ، يشترك في نشاطات جسدية خطيرة مثل عبور الشارع بدون النظر إلى الطريق ،

وقنف الحجارة على السيارات ، وعدم الطاعة وسام الكلام ، كثرة شكوى الآخرين منه ، فقدان القدرة على الاندماج مع الآخرين بسبب السلوك العنيف الصادر منه / العصبية المستمرة ، يتحرش برفاقه أثناء الدرس ، دكتاتوري مسيطر ، متهم ، غير مستأنس ، يصعب عليه ضبط سلوكه والتحكم فيه (Jensen , CL , 1997 , Carlson , P.S & Others 1997 , DSMIV - 1994).

٤- اضطراب الانتباه **Inattention**: صعوبة تركيز الانتباه لفترة طويلة ، الفشل الدراسي الناتج عن صعوبة الاستماع والتركيز ، تشوش الأفكار ، صعوبة تشغيل الذاكرة ، صعوبة حل المشكلات ، صعوبة التعلم ، صعوبة التحكم في نظم الرموز المجردة ، انخفاض اكتساب المهارات الرياضية الأساسية في المرحلة الابتدائية ، الأداء للضعيف في الاختبارات الإدراكية التي تتطلب التركيز ، صعوبات مدرسية تعليمية وسلوكية ، اضطرابات اللغة النمائية ، الفشل في الانتهاء من إنجاز المهارات ، ضعف الباعث الإدراكي الجسمي ، اضطراب الذاكرة والتفكير ، صعوبة القراءة ، اضطراب الكلام ، نقص في التنظيم المعرفي للمعلومات ، صعوبة التركيز والانتباه لشرح المدرس ، غير قادر على متابعة للتصحيح ، عدم القدرة على تكلمة الأعمال التي بدأها.

(Lazar. J.W , et al, 1998 , Biederman , J & Others , 1998 , Harold. I & and Others 1997, weiss. R.E. & Others, 1997, Kuhne & Others 1997 , Marshall, RU & Others, 1997)

٥- الحالة الانفعالية والمزاج **Temperamental**: أجريت العديد

من الدراسات مثل دراسات كل من: Carlon , C.L & Others
Jensen , P.S & Others (1997) , Oosterioaan , J.&

Others (1998), Kuhne, M. & Others (1997) وأسفرت نتائج هذه الدراسات فى مجموعها عن مجموعة من المظاهر الانفعالية والشخصية المميزة لهؤلاء الحالات من ADHD منها: القلق ، تقلب العواطف ، عدم الاندماج مع الزملاء ، ضعف تقدير الذات واحترامها ، عدم القدرة على تحمل الإحباط ، سوء التوافق النفسى والاجتماعى ، صعوبة التحكم فى الاستجابة وكتبها ، احتقار الذات ، الانسحاب والانعزال الاجتماعى ، العجز عن استمرار المنافسة التى تؤدى إلى الهزيمة وشعور الفشل والإحباط ، سريع الانفعال ، عصبى المزاج ، حساس غير مقاوم للإحباط ، تتنابه نوبات انفعالية حادة ، ضجر مفرط فى المواقف التى تستدعى هدوء نسبى ، صعوبة التوافق مع البيئة ، قابلية للبكاء بسهولة ، الخوف الزائد.

تشخيص اضطراب فرط النشاط / اضطراب الانتباه:

أجريت العديد من الدراسات من أجل تشخيص فرط النشاط أمثال دراسات: (باركلى أ، ر (١٩٩٨)

[Glickman , MM et al (1998) , Milberger , S & Others (1997), Greene , RW & Others (1997) , Sunobare , GA, & Others (1997), Klein , GR & Others (1997) , Vaughn, ML & Others (1997), Pliszka, SR & Others (1997), Fox , AR et al (1997) , Levy, F et al (1997)]

وقد توصلت هذه الدراسات إلى وجود عدة اعتبارات هامة عند

تشخيص ADLD:

- ضرورة استخدام قائمة تقدير سلوك الطفل من دليل التشخيص الاحصائي الطبى للاضطرابات النفسية لرابطة الطب النفسى الامريكى وخاصة DSM-IV-1994, DSM-III-1987 .
- فعالية استخدام قائمة كورنرز لتقدير سلوك الطفل.
- أن يشترك الوالدين والمعلم فى تشخيص حالات ADHD على كئنا للقائمتين.
- يشترط تواجد ستة أو أكثر من أعراض نقص الانتباه ، أو ستة أو أكثر من أعراض فرط النشاط والعفوية.
- أن تكون المظاهر المرضية متواترة ومستمرة ستة أشهر على الأقل إلى الحد الذى يضعف معه تلاؤم الشخص مع مرحلته التطورية.
- أن تسبب بعض الأعراض تلقا ما قبل سن السابعة ، وتلقا فى منحينين على الأقل من حياة الطفل فى سن السابعة.

هذا وقد أوضح دليل التصنيف الطبى الأمريكى الرابع أن الحالات التى تشخص بهذا الاضطراب لابد أن تستوفى المحكات التالية:

(أهم محكات التشخيص)

- أ- وجود الأعراض الواقعة تحت رقم (١) أو تحت رقم (٢) مما يأتى:
- ١- ستة أو (أكثر) من الأعراض التالية لنقص الانتباه تكون مستمرة لمدة ٦ شهور على الأقل لدرجة تبدو غير تكيفية وغير متفقة مع مستوى ارتقاء الأعراض هى:

١- الفشل فى إعطاء انتباه كامل للتفصيل أو عمل أخطاء ناجمة عن عدم العناية فى العمل المدرسى أو العمل عموما ، أو أى أنشطة أخرى.

٢- لديه صعوبة فى الانتباه المستمر فى المهام أو نشاطات اللعب.

ج- يبدو - غالبا - أنه لا يسمع عندما يتم التحدث إليه مباشرة.
د- لا يتبع التعليمات ويفشل في إنهاء الأعمال المدرسية ، والأعمال الروتينية أو الواجبات في مكان العمل (ولا يرجع لسلوك العنيد ، أو الفشل في فهم التعليمات).

هـ- لديه صعوبة في تنظيم المهام والنشاطات.
و- ويتجنب ويكره أو يفر من الانخراط في المهام التي تتطلب جهدا عقليا متصلا (مثل الواجبات المدرسية أو الأعمال المنزلية).
ز- عادة ما يفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام والأنشطة (كالكعب ، والأغراض المدرسية كالأقلام والكتب أو الأدوات).
ح- من السهل تشتت انتباهه بالمثيرات الخارجية.

ط- كثير النسيان للنشاطات اليومية.
٢- ستة (أو أكثر) من الأعراض التالية للنشاطات المفرط / الانفعالية تكون مستمرة لمدة ٦ أشهر على الأقل بدرجة تبدو غير تكيفية وغير متنسقة مع المستوى الارتقائي:

أولاً: النشاط المفرط:

أ- يظهر التحمل بواسطة اليدين أو القدم أو تحريك المقعد.
ب- يترك مقعده - عادة - في الفصل أو في المواقف الأخرى عندما يكون بقاؤه فيها متوقعا.
ج- يجري ويقفز بشكل كبير في المواقف التي تكون فيها تلك الأفعال غير ملائمة (في المرافقة والارشاد قد تكون قاصرة على الشعور الذاتي بعدم الراحة).

د- لديه صعوبة في اللعب أو الانخراط في نشاطات الفراغ بهدوء.

هـ- دائم الحركة كما لو كان مدفوعا بواسطة آلة أو ماكينة.

و- يتكلم ويثرثر كثيراً.

ثانياً: الاندفاعية:

ز- يندفع في الإجابة قبل أن تكتمل الأسئلة.

ح- لديه صعوبة في انتظار دوره.

ط- يزج الآخرين أو يريكمهم ويقاطعهم (كالتيخل في الحديث أو اللعب).

ب- أن تكون بعض أعراض النشاط المفرط - الاندفاعية أو نقص الانتباه التي تسبب العجز موجودة قبل من السابعة.

ج- بعض القصور الناتج عن الأعراض يكون موجوداً في اثنين أو أكثر من المواقف (مثل المدرسة أو العمل أو في المنزل).

د- ينبغي أن يكون هناك دليل واضح على وجود عجز إكلينيكي جوهري في الأداء الاجتماعي ، والأكاديمي ، والمهني.

هـ- لا تحدث الأعراض أثناء مسار اضطراب نمائي عام، أو انفصام ، أو اضطرابات ذهانية أخرى ، ولا تعزى لأي اضطراب نفسي آخر (كاضطراب المزاج أو القلق ، أو الاضطراب الانشغالي أو اضطراب الشخصية).

وبعد ذلك يتم تحديد نمط الاضطراب (المختلط ، أو نقص الانتباه هو العرض البارز / أو النشاط المفرط - الاندفاعية هو النمط البارز).

أهم أدوات تشخيص اضطراب الانتباه / فرط النشاط:

نظراً لتعدد الأبعاد التشخيصية لاضطراب الانتباه / فرط النشاط ما بين الاضطرابات السلوكية ، والاضطرابات الإدراكية المعرفية. والاضطرابات الانفعالية ، لابد من تنوع أساليب الكشف عنهم. وأهم هذه الأدوات:

الميلاد الخامس د. زليخة شقور

- الدليل التشخيصي الإحصائي الإكلينيكي DSMIII والذي يقيس أربع أبعاد فرعية:

- عدم القدرة على الانتباه.
- فرط النشاط.
- الاندفاعية.
- التفاعل مع الأقران.

وتطبق عن طريق الوالدين.

- قائمة تقدير سلوك الطفل إعداد كورز ، وتعتمد أساسا على تقدير المعلم لسلوك الطفل ، وتوزع درجات المقياس إلى فئات نوعية هي:
- السلوك داخل حجرة الدراسة. - المشاركة في نشاط الجماعة.
- وتستخدم في قياس الأبعاد الخمس للتأصلة التي تميز هذا

الاضطراب وهي:

- العدوانية.
- القلق.
- اضطراب الانتباه.
- فرط النشاط.
- الاجتماعية.

- الاختبارات الأدائية التي يقوم بها الطفل نفسه وهي:

- ١- اختبار وكسار الذكاء.
- ٢- اختبار مضاهاة الأشكال. إعداد كاجان وزملائه.
- ٣- اختبار بتدر جشطلت البصرى الحركى.
- اختبارات تقيس الانتباه المسمى والبصرى:
- ١- اختبار تزاوج الأرقام.
- ٢- اختبار الشطب.
- المقابلات الكليينكية.

- الملاحظة المباشرة وغير المباشرة لسلوك الطفل.
- مقياس تقييم المهارات الاجتماعية.
- مقياس النشاط الزائد للأطفال.
- مقياس الاندفاعية عن اختبار تزاوج الأشكال المألوفة لكاجان.

الباب الثاني

التعليم العلاجي والرعاية المكاملة للمعاقين (مركباً - انفعالياً)

أولاً: المقعد - شلل الأطفال - شلل
الدماغ.

ثانياً: فرط النشاط المصطب
باضطراب الانتباه.

أولاً: المفهوم - شلل الأطفال - شلل الدماغ

أهم أنواع الرعاية للأطفال المعاقين حركياً:

١- الرعاية الصحية العامة:

وتشمل اكتشاف وتشخيص حالة الطفل وتقديم نسبة العجز

الحركي الذي يعاني منه الطفل:

- تقديم الخدمات الصحية له والوسائل المعينة كالتحصين وغيرها.
- الوقاية والإرشاد لمنع تعرض المعاق للأمراض.
- أن يكون الإشراف مستمراً ومتيسراً ومتوفراً.
- علاج العجز بالأدوية أو الجراحة أو بالعلاج الطبيعي والمهني وتوفير الأجهزة التمريضية له كالأطراف الصناعية.

٢- الرعاية النفسية:

ويسعى هذا النوع من العلاج إلى مساعدة المعاق حركياً على التكيف مع نفسه وأقرانه وإخوانه وأبناء مجتمعه وأن يتقبل ذاته وأن يتقبله الآخرون وتخليصه من الشعور بالنقص والمشاعر السالبة عن الذات.

٣- الرعاية الاجتماعية:

وتهدف لمساعدة المعاق على حل مشكلاته الاجتماعية خاصة الاقتصادية منها وتمكينه من القيام بالسلوك الاجتماعي المناسب والتكيف مع بيئته الاجتماعية.

٤- الرعاية التعليمية والتروحية:

وتتمثل في توفير التعليم الذي يستفيد منه وأن يكون المنهاج منسجماً مع حاجاته وتعليم الطفل المعاق مع الآخرين (الدمج) إذا كانت قدراته الحركية والعقلية تسمح بذلك.

٥- الرعاية المهنية:

أن يكون التوجيه المهني واقعياً ويراعى قدرات الطفل وتعريفه بحاجات العمل. (سعيد العزة).

أهم جوانب تدريب وعلاج المعاقين حركياً والمشلولين دماغياً:

عند وضع برنامج علاجي أو تأهيلي لهذه الفئة ينبغي أن يشمل جوانب ومهارات الشخصية التالية:

- ١- المهارات الحركية: يجب أن تشمل برامج التدريب القدرات الحركية اللازمة لتأدية النشاطات الحياتية اليومية لدى المعاق، والنشاطات الخاصة بأوضاع الجلوس الصحيحة لتسهيل عليه الجلوس والوقوف والمشي، ومهارات استخدام الجهاز التعويضي والأدوات الأخرى.
- ٢- التحصيل الدراسي: وخاصة التحصيل الدراسي الأكاديمي للأطفال المعاقين حركياً والمشلولين دماغياً في القراءة، والكتابة، والصاب.
- ٣- المهارات الإدراكية: تشمل مهارات الإدراك البصري: التمييز البصري، وإدراك الشكل والخلفية، وثبات الشكل، والذاكرة البصرية، والعلاقات الفراغية والاتجاهات، أما مهارات الإدراك السمعي فتشمل: القدرة على التمييز السمعي، والتحليل السمعي، ومزج الحروف، والذاكرة السمعية.
- ٤- النمو المعرفي: يجب أن يشمل البرنامج القدرات المعرفية للفرد وقابليته مما يساعد على تحديد الأهداف الواقعية وتصميم التعليم وتنظيمه للاختبارات المناسبة.

٥- مهارات التواصل: تلعب المهارات اللغوية التعبيرية والاستيعابية دوراً بالغ الأهمية في العملية التربوية ، لذا لابد من الاهتمام بها ضمن برامج الرعاية.

٦- المهارات الاجتماعية: نظراً لتأثير الإعاقة الحركية والشلل الدماغي على علاقة الطفل بالأشخاص الآخرين من حوله ، وقد تؤثر أيضاً على مفهوم الطفل لذاته لذا يجب إعداد برامج تتدخل تقيد في هذا الجانب.

٧- السلوك التكيفي: يشير السلوك التكيفي إلى الاستقلال الذاتي وقدرته للشخص على تحمل المسؤولية الاجتماعية المتوقعة ممن هم في عمره ، ومن مجموعته الثقافية.

٨- الميول والقدرات: يجب أن تشمل العملية العلاجية الأطفال المعاقين حركياً والمشلولين دماغياً عادة الميول المهنية وغير المهنية ، بهدف إدخال عناصر للتهيئة المهنية والإعداد المهني في البرامج التربوية المقدمة في المراحل الدراسية المختلفة ، كما يجب التركيز على القدرات الخاصة مثل الموسيقى ، الفن ، وغير ذلك من أجل تدعيمها وتقويتها.

٩- المهارات الوظيفية: يجب أن تنبؤ المهارات الحياتية اليومية الوظيفية مكانة مهمة في برامج الأطفال المعاقين حركياً والمشلولين دماغياً. ومن أجل تحديد المهارات التي لكتسبها الطفل والمهارات التي يحتاج إلى أن يتعلمها ، يجب تقييم مهارات العناية بالذات لديه ، ومهارات التعبير المنزلي ، والمشاركة في النشاطات الاجتماعية ، والقدرة على التنقل والحركة ، والصحة الشخصية ، وغير ذلك ثم إعداد البرنامج التدريبي الملائم لكل حالة على حدة.

أهداف برامج المهنيين حركياً:

تتلخص هذه الأهداف فيما يلي:

- تعليم الطفل المهارات الحركية اللازمة للقيام بنشاطاته الحياتية اليومية مثل كيفية الجلوس والنهوض واستعمال الحمام وتناول الطعام والمشي ومهارات التآزر الحركي.
- تعليم الطفل المهارات الاجتماعية والتكيف الانفعالي والتعامل مع الآخرين واحترامهم.
- تعليم الطفل المهارات المهنية وتعريفهم بعالم العمل والمهن ومتطلباتها والتوافق المهني وطرق كسب العيش بالطرق الشرعية.
- تعليم الطفل مهارات الاتصال سواء كانت لفظية أو جسمية للتعبير عن أفكاره ومشاعره وفهم الآخرين له وفهمه للآخرين.
- ويتحقق ذلك من خلال تربيته وشروط معينة في كل من المنزل والمدرسة والصف الدراسي على النحو التالي:

١- المنزل:

- تثبيت قضبان حديدية في الحائط لتساعد الطفل على الوقوف وقد تكون على ارتفاعات مختلفة لتساعد الطفل على المشي.
- توسيع مدخل المنزل.
- أن تكون الغرفة واسعة.
- أن تكون رفوف المطبخ منخفضة.
- أن يكون ارتفاع السرير في غرفة النوم مناسباً لقدرة الطفل للوصول إليه.

٢- غرفة الصف:

ويمثل ذلك في إزالة الحواجز المعدة مسوا كائنات نفسية أو اجتماعية وتزويدها بتجهيزات خاصة بالإدارة والضوء والوسائل المعينة والتنظف وغيرها مما يساعد على تسهيل عملية التعلم للطفل المعاق حركياً.

٣- المدرسة:

ويشمل ذلك مراعاة حاجات الأطفال المعاقين حركياً في إيجاد كراسي مريحة ومتحركة لهم وأن تكون المدرسة مكونة من طابق واحد ووجود عدد كبير من الحمامات ، وأن تكون الغرف واسعة وفيها مساحات واسعة والمقاعد خشبية ومريحة. (ماجدة عبيد)

برامج ومناهج المعاقين حركياً وجسدياً وصحياً واستراتيجياتها:

تتباين درجة الإعاقة الحركية والجسدية والصحية من البسيطة إلى المتوسطة إلى الشديدة ، وقد تدرس مناهج المدرسة العادية للأطفال المعاقين حركياً وجسدياً وصحياً إذا كانت قدرتهم العقلية تمكنهم من ذلك وإلا فقد تكيف أو تعدل أو تبسط المناهج العادية للأطفال المعاقين حركياً وجسدياً وصحياً كل حسب درجته ، وعلى ذلك فقد يكون من المناسب لمعلم الأطفال المعاقين حركياً معرفة كيفية بناء وتطبيق مناهج هذه الفئة وخاصة مناهج المهارات الحركية الذي يعتبر الأسس في بناء الفرد من النواحي العقلية والانفعالية والاجتماعية.

وتشكل المهارات الحركية والرياضية للأفراد المعاقين ، وغير المعاقين ، وخاصة للمعوقين عقلياً أساساً جيداً لبناء العديد من مهارات الحياة اليومية والاجتماعية ، والأكاديمية والمهنية ، ومن هنا جاءت أهمية التعرف على المهارات الحركية والرياضية وقياسها وتدريبها.

تنقسم المهارات الحركية والرياضية إلى قسمين رئيسيين ، الأول ويسمى بالمهارات الحركية العامة ، أما الثانى فيسمى بالمهارات الحركية الدقيقة أو الخاصة وتشكل للمهارات الحركية والرياضية أحد الأبعاد الرئيسية فى مناهج الأطفال غير العاديين ، ولتنقسم الأبعاد الثلاثة: للمهارات الاستقلالية ، والمهارات الحركية ، والمهارات اللغوية والمهارات الأكاديمية. ومهارات التنهية والمهارات المهنية ، والمهارات الاجتماعية ومهارات السلامة.

ويتضمن منهاج للمهارات الحركية والرياضية للأطفال غير العاديين أربعة عشر بعداً فرعياً ، تشكل فى مجموعها منهاج للمهارات الحركية والرياضية للأطفال غير العاديين ، وهذه الأبعاد الأربعة عشر هى:

- ١- مهارات التحكم بحركة الرأس.
- ٢- مهارات الاستلقاء / الاستدارة / تغيير وضع الجسم.
- ٣- مهارات التدرجة / الزحف / الحبو. ٤- مهارات الجلوس.
- ٥- مهارات الوقوف. ٦- مهارات المشى.
- ٧- مهارات الهرولة / الركض / الجرى. ٨- مهارات الوثب.
- ٩- مهارات الحبل. ١٠- التقاط الكرة.
- ١١- رمى الكرة. ١٢- مهارات ركل الكرة.
- ١٣- استخدام مضرب tennis.
- ١٤- مهارات السباحة. (ماجدة عبيد)

أنواع التمارين التي يجب استخدامها مع المعاقين حركياً:

١- التمارين في مجال الحركة ، خاصة التي تؤدي من وضع الوقوف لتتمية عضلات الرقبة والجذع والرجلين وتمارين للتوازن والرشاقة والمرونة ، وهذا لمبتدئ الطرفين العلويين.

٢- التمارين الحرة التي تؤدي في وضع الجلوس وخاصة تمارين الذراع والرجل مع التأكيد على حركة الجزء المتبقى من الطرف الآخر للتوازن في عمليات النمو وتمارين الرقبة والجذع ، خاصة للأفراد المبتدئ الطرف العلوي مع الطرف السفلي.

٣- تمارين لتحسين الوضعية مثل الوقوف والتوازن على أن يتم ما يلي في هذه التمارين:

أ- التركيز على الطفل نفسه.

ب- استخدام أمور مساعدة مثل العكاز أو مساند.

ج- البدء بالتدرج.

طرق إجراء التمارين مع المعاقين حركياً:

١- التمرين السليبي: هنا يكون الاعتماد على المعالج ١٠٠% في الوقت

الذي لا يستطيع المعاق تحريك الطرف.

٢- التمرين للمساعدة: بحيث يشترك فيه الطفل والمدرّب من خلال

مساعدة الطفل على تحريك أحد أطرافه.

٣- التمرين الفاعل: هو ذلك التمرين الذي يستخدمه الطفل دون

المساعدة المباشرة من المدرّب.

وهناك تمارين خاصة لجميع الإعاقات. (المرجع السابق)

كما يجب الإشارة إلى أن تربية المعاقين حركياً باستخدام تمرينات تنمية قدراتهم أن يركز على ما يلي:

- ١- تعزيز قدرات المشي.
 - ٢- تعزيز قدرات الجرى.
 - ٣- تعزيز قدرات الحجل.
 - ٤- تعزيز قدرات الوثب.
- مع الاستمرار في التدعيم والتعزيز من أجل إنجاح البرنامج.

دور الأسرة في رعاية الإعاقة الحركية بأنواعها:

- ١- العمل ما أمكن على منع تكرار حدوث الإعاقة وذلك باتباع الإجراءات الوقائية.
- ٢- تقبل الطفل المصاب بالشلل الدماغي مهما كان حجم الإحباط والأسى الذى يحس به الوالدان وتحسن به الأسرة.
- ٣- أن تتعرف الأسرة على المراكز والمؤسسات والخدمات والبرامج المقدمة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي ، وأن تسعى لتلبية احتياجات طفلها من الخدمات سواء كانت هذه الخدمات طبية وجراحية أم كانت خدمات تأهيلية (علاج طبيعى ، علاج وظيفى ، علاج نطقى ، توفير أجهزة مساعدة تأهيل مهني) أم كانت خدمات تربوية سواء فى المدارس العامة أم فى مراكز خاصة أو ما شابه ذلك.
- ٤- أن تشارك الأسرة فى التفكير فيما يحتاج طفلها المصاب من كراسى وأجهزة مساعدة للوقوف والمشي وبما يتوفر فى البيئة المحلية وعدم الاعتماد الكلى على الآخرين.
- ٥- العمل على دمج الطفل فى مجتمعه وإتاحة الفرصة له للاختلاط مع الآخرين واكتساب الخبرات والمهارات اللازمة والحرس على عدم عزله عن محيطه الطبيعى وعن مجتمعه المحلى قدر الإمكان.

سلسلة إجراءات التشخيص التكاملية والتعليم المعالج لغير العاصيين

٦- لأكثره أيضاً دور هام فى التواصل مع الأسر الأخرى التى لديها أطفال مصابين بالشلال الدماغى ، لتبادل الخبرات وتبادل الدعم ثم لتنظيم الجهود. (سعيد العزة)

دور معلم التربية الخاصة فى رعاية المعاقين جسدياً وأجهزتهم التعويضية:

لوضح شاكراً قديلاً بأن كثيراً من حالات الأطفال الذين يعانون من شلل أو فقد فى اللغز الشوكى ، أو ضعف فى العضلات يحتسجون عادة إلى بعض الأجهزة للمساعدة أو التعويضية: كالأحزمة الجلدية أو العاكيز ، أو الكرسي المتحركة. لذلك فإن معلم التربية الخاصة لتلك اللغة ينبغي أن يكون لديه إلماماً بالغرض الذى تستخدم من أجله وطرق رعايتها وصيانتها وحسن استخدامها ، ويمكن أن تصنف تلك التجهيزات التعويضية فى أنواع ثلاثة: النوع الأول منها تقويمى ، والنوع الثانى له وظيفة التحكم والسيطرة ، أما النوع الثالث فيؤدى دوراً مساعداً أو دوراً معيماً.

وقد حدد دور ومسئولية المعلم بالنسبة للمعاقين جسدياً فى

الخطوات العامة الآتية:

- ١- يفترض مسؤولية معلم التربية الخاصة فى إجراء عملية تنسيق بين كل من له صلة بحياة الطفل المعاق وشؤونه التعليمية والصحية.
- ٢- تحقيق التنسيق والتوافق بين متطلبات الرعاية الصحية والجسمية اللازمة للطفل المعاق وبين المتطلبات والخدمات التعليمية ، فالمعلم يعتبر همزة وصل بين الوكالات المختلفة المسئولة عن خدمة للطفل ورعايته.

٣- تفسير التوجيهات التي تصدر عن المتخصصين سواء في العلاج الجسمي أو في علاج عيوب الكلام أو الإرشادات النفسية الصادرة عن المرشد للنفس بشأن حالة الطفل إلى الأشخاص الذين لهم صلة بالتعامل مع الطفل.

٤- ملاحظة الطفل في مواقف الفصل والتعامل الاجتماعي مع الآخرين ؛ لكي يتأكد من أن الطفل قادر على مجاراة زملائه في عملية التفاعل الاجتماعي.

٥- تقديم المقترحات الخاصة بحالة الطفل وتحديد ما يلزم من تعديلات في الأجهزة ، التي يستخدمها وفي الطريقة التي ينبغي التعامل بها معهم.

٦- مساعدة الطفل المعاق في استخدام الأجهزة الصناعية وتدريبه ومعاونته على تقبل إعاقته ومعايشتها.

٧- تحديد مجالات الحركة وتنظيم مسارات خاصة للأطفال الذين يستخدمون كراسي متحركة بشكل لا يعرض حياتهم لمخاطر ، وكذلك تجهيز وتيسير وسائل استخدام دورات المياه بالنسبة لهم.

٨- المعاونة في عملية نقل هؤلاء الأطفال من المدرسة وإليها بمعنى أن تتم عملية لنقل الطفل تحت إشرافه ورعايته.

٩- تدبير الوسائل التعليمية الملائمة بكل حالة من حالات الإعاقة بحيث يساعد هؤلاء الأطفال المتابعة عملية التعليم بسهولة.

١٠- المساهمة في تجهيز أماكن مناسبة وتوفير فرصاً للأطفال المعاقين لممارسة الأنشطة البدنية بشكل لا يعرضهم للخطر ، وفي نفس الوقت يجنبهم المنافسة مع زملائهم العاديين ؛ حتى لا يترتب على ذلك الإحساس بالعجز نتيجة للمقارنة.

١١- تنمية قدرات هؤلاء الأطفال في تنفيذ بعض الأنشطة الترفيهية باعتبارها أسلوباً علاجياً لهم ، وتنمية مهارات تفضية وقت الفراغ لديهم بشكل مستمر.

١٢- المساهمة في تخطيط وتنفيذ بعض برامج التأهيل التربوي والمهني.

١٣- وعلى وجه العموم فإن دور المعلم يبدو متعدد الأهداف ، فهو يساعد ويشجع ويضع الخطط ، ويتابع تنفيذها ، ويتعاون مع الآباء ، ويسهم في عمليات الإرشاد.

بعض أنواع العلاج والتدريب والتأهيل للمهاجرين حركياً والمشلولين دماغياً: أولاً، العلاج الطبي والعلاج الطبيعي:

يقوم الأطباء بإجراء فحوصات مختلفة للطفل المعاق حركياً والمشلول دماغياً للتعرف على مواطن الضعف لديه ولوضع الخطط العلاجية المناسبة له وبحسب نوع وشدة الإعاقة الموجودة لديه ، ولهذا فهؤلاء الأطباء بحاجة إلى أساليب تدريس خاصة بهم وبحاجة إلى رعاية في مجال العظام ، وتدريب على استعمال العضلات لتكتسب المرونة المناسبة ، وتشمل أساليب الرعاية الطبية للمعاق حركياً والمشلول دماغياً الطرق التالية:

- أ- التحصين Immunisation عن طريق برنامج منظم للمناعة.
- ب- العلاج treatment سواء بالأساليب الطبية العادية أو بإجراء الجراحة للحالات التي تتطلب ذلك.
- ج- التعليم Teaching.

د- التأهيل والتدريب Rehabilitation & Education.

هذا ويتم العلاج بالأساليب التالية:

- ١- عمل أجهزة تعويضية لمساعدة الطفل على الحركة.
 - ٢- إجراء جراحات خاصة في حالات التشوه العضلي.
 - ٣- العلاج الطبيعي لتكريب العضلات المصابة وتنشيط العضلات البديلة.
 - ٤- التأهيل المهني وهو نهاية المطاف في العملية العلاجية والذي يعد الطفل لتكريب خاص يتناسب وقدراته الباقية.
- علماء بأن الذين يعانون من الشلل الدماغي يتمتعون بقدرات ذكاء عادية إلا أن حوالي (٧٠%) منهم يعانون من صعوبات في الكلام واللغة ، كما قد يجمع العديد منهم بين أكثر من شكل من أشكال الشلل الدماغي في وقت واحد ، بالإضافة إلى قصور في الحواس (السمع أو البصر ، أو اللمس). ويعتبر الشلل الدماغي من الإعاقات غير المتطورة وغير المعدية ، كما أنه غير قابل للعلاج أو للشفاء ، ولهذا فالمعاق يحتاج إلى العلاج الطبيعي المتواصل حتى تظل العضلات محتفظة بقدرتها الحالية ، كما يحتاج المعاق أيضاً إلى ارتداء الحزام. والقبعة الواقية عند التنقل من مكان إلى آخر لتجنب إصابة الرأس والعمود الفقري عند السقوط على الأرض أو الارتطام بأحد الجدران.

ثانياً: الإرشاد والعلاج النفسي (الفردى والجماعى):

يفيد العلاج النفسي بكل أنواعه في تخفيف حدة المصاحبات للإعاقة الحركية خاصة ما يتعلق بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية والاجتماعية المصاحبة.

وأهم أنواع العلاج النفسي: العلاج النفسى الفردى والعلاج النفسى الجماعى. وفي الوقت الذى يفيد فيه العلاج النفسى الفردى علاج الاضطرابات الداخلية لدى المعاق خاصة مشاعر الذنب ، ومشاعر النقص

سلسلة إجراءات التشخيص والتكامل والتأهيل للعلاج لغير القاطنين

، والقلق في محاولة منه للبحث عن الصراعات الداخلية للفرد ، إلا أن العلاج النفسي الجماعي لا يمكن التغلّب عنه في معالجة الجوانب الاجتماعية والسلوكية لدى المعاق كالخجل ، والعذوان ، والعزلة ، والانعطافية ، وصعوبة التعايش الاجتماعي والتكيف الشخصي والاجتماعي ، ومن المفضل استخدام كلا النوعين معاً.

مبايعة برامج الإرشاد النفسي للفرد والجماعي بدور إيجابي وفعال مع المعاقين عامة ومع المعاقين حركياً بصفة خاصة ويتضح ذلك من تعدد استخدام هذه البرامج لدى العديد من الباحثين (Riberston, 1974, Willie Vern Brygm, 1973, Lyndall Medford, 1974, وندية سليم الزيني ، ١٩٩٠ ، ومحمد عبد المقصود ، ١٩٩٥ ، وغيرهم).

وقد أجريت دراسة بكلية التربية جامعة طنطا عام ١٩٩٥ أجراها الباحث محمد عبد المقصود استخدم برنامج الإرشاد النفسي للفرد على مجموعة مكونة من (٧) أفراد من المرافقين المصابين بشلل الأطفال وتم عرض أهم فنيات الإرشاد الفردي التي استعان بها الباحث في دراسته وهي:

١- فنية الإنصات Technique of listening.

٢- فنية الانعكاس Technique of Reflection.

٣- فنية الإيضاح Technique of clarification.

كما استخدم الباحث فنيات أخرى لجلسات الإرشاد الفردي وهي:

- ١- التداعي الحر. ٢- التفسير. ٣- التنقيص الانفعالي.
- ٤- الاستبصار. ٥- التعلم. ٦- التدعيم.
- ٧- تعديل وتغيير السلوك. ٨- إنهاء الجلسات. ٩- المتابعة.

سلسلة إصدارات التخصيص التكاملية والتعليم العلاجي لغير العاديين

وتضمن البرنامج (٢٤) جلسة إرشادية فردية لكل حالة على حدة. وقد أسفرت نتائج برنامج الإرشاد الفردي في تحسن مفهوم الذات الإيجابي ، وفي ارتفاع درجة تأكيد الذات واحترام الذات وارتفاع درجة الثقة بالنفس لديهم.

كما استخدم الباحث برنامج الإرشاد النفسي الجماعي مع التركيز على الفنيات التالية:

١- فنية المحاضرة.

٢- فنية المناقشة الجماعية.

٣- الأنشطة الترفيهية وتشمل:

أ- الأنشطة الاجتماعية.

ب- الأنشطة الثقافية.

ج- الأنشطة الرياضية (لعبة مؤشر للراديو - لعبة

أسماء الأفلام - لعبة الكرسي القاضى).

٤- الأنشطة الفنية (الرسم - النحت - الموسيقى - الشعر والنثر).

٥- الأنشطة الدينية.

وطبق الباحث برنامج الإرشاد النفسي الجماعي مع (٧) من الطلاب المراهقين المصابين بشلل الأطفال وتضمن البرنامج (٢٤) جلسة إرشادية جماعية.

وقد أسفرت نتائج البرنامج الإرشادي الجماعي في تحسن مفهوم الذات الإيجابي ، وفي ارتفاع درجة تأكيد الذات واحترام الذات وارتفاع درجة الثقة بالنفس لديهم.

ثالثاً: العلاج العقلاني الانفعالي،

يهدف العلاج العقلاني الانفعالي مع حالات الإعاقة الحركية في تحسين الاضطرابات السلوكية وخاصة السلوك الاجتماعي لديهم ، وفي تعديل نظرتهم التشاؤمية للمجتمع وفي تحسين صعوبات الكلام والتعلم لديهم ، كما يهدف في علاج العديد من الاضطرابات الشخصية والانفعالية لديهم مثل مفهوم الذات السلبى ، والتوتر المزائد ، وقلق المخاوف ، والاكتئاب والشعور بالذنب وغيرها.

ومن ثم تتعدّل العديد من الأفكار السلبية تجاه أنفسهم وتجاه تصورهم في نظرة المجتمع لهم على أنهم معاقين حيث أن هذا النوع من العلاج يستند على مجموعة من الفنيات التي تنقسم إلى ثلاث أنواع:

أ- فنيات خبرية انفعالية تتعرض لمشاعر الفرد ومشاعره وأحاسيسه وردود فعله تجاه المواقف المختلفة وخبراته السابقة خاصة فيما يتعلق منها بمشكلاته.

ب- فنيات سلوكية تساعد على التخلص الفرد من السلوك غير المرغوب أو تعديله وتغييره إلى سلوك مرغوب وتدعيمه.

ج- فنيات معرفية تؤدي إلى تغييرات في أفكار المسترشد وطريقة تفكيره اللاعقلانية وفلسفته غير المنطقية وغير العلمية وأن يستبدل مكانها أفكاراً وطريقة تفكير عقلانية وفلسفة مطلقة علمية. (إجلال سرى ، ١٩٩٧ ، ١٧٢)

وعلى ضوء ذلك استخدم "إيس" فنيات كثيرة منها:

الداعية والداعية المضادة ، دلالات الألفاظ ، المحض والدحض المستمر ، التشجيع والحث والإقناع ، التدريب التوكيدي ، لوتيد المخاطر ، لعب الدور ، تحقيق علاقة وطيدة بين المرشد والمسترشد ، الماراثون.

وقد أسفرت نتائج العديد من الدراسات عن كفاءة العلاج العقلاني الانفعالي في علاج العديد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى المعاقين حركياً. ومن أهم هذه الدراسات تلك الدراسة التي أجريت بقسم الصحة النفسية بكلية التربية بطنطا بإشراف المؤلفة الحالية وأجرتها الطالبة اليمانية أروى يحيى (٢٠٠٢) حيث حاولت من خلالها استخدام فنيات العلاج العقلاني الانفعالي لتخفيف احدة مفهوم الذات السلبى وخفض معدل قلق الموت ورفع معدل التوكيدية لدى عينة من الطالبات اليمانيات المعاقات حركياً وقد حقق البرنامج العلاجى نتائج طيبة فيما يتعلق بعلاج تلك المتغيرات الثلاث.

وكانت إحدى دراسة ناقشتها المؤلفة الحالية تلك الدراسة التى قامت بها شوقية السمادونى (٢٠٠٤) استخدمت فيها الباحثة فنية العلاج العقلاني الانفعالي فى خفض معدل السلوك العدوانى ، والغضب والقلق وتقدير الأفكار للاعقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية وكذلك لتحسين درجة تقدير الذات لدى عينة مكونة من ٣٠ طالبة من المعاقات جسمياً من بين طالبات المدارس الثانوية والإعدادية بمدينة طنطا. وأسفرت نتائج الدراسة عن نجاح هذا النوع من العلاج فى معالجة وتحسين جميع متغيرات الدراسة.

رابعاً: النمذجة:

النمذجة أحد فنيات العلاج السلوكى الهامة ، حيث يقوم المدرب بالمهمة السلوكية أو التعليمية التى يريد أن يعلمها للطلاب المعاق حركياً: كاستخدام القلم والورقة مثلاً أو لبس الحذاء أو الملابس أو تناول الطعام ، بعد أن يكون قد جزأ هذه المهمة إلى أجزاء فزرعية ومن ثم يطلب منه تقليد ذلك ويقدم له التغذية الراجعة المناسبة لإزاء كل خطوة خاطئة ، وتعتمد

سلسلة إحداثيات التشخيص والتعامل والتعلم المعاجد لخير الحاجين

النمذجة في قاعاتها على مدى انتباه وتركيز الشخص المقلد والمهارات المتوفرة لديه وعلى رغبته في تعلم السلوك المطلوب ، وبعد ذلك يطلب المدرب من الطلبة أن يطبقوا ما تعلموه في الواقع وفي ظروف تستدعي ذلك ، والأمم من ذلك تعلم وتأهيل المعاق حركياً على استخدام الأجهزة الصناعية من خلال شرح مراحل تركيب الجهاز التعويضي وكيفية استخدامه سواء بالتمثيل لأممه أو عرض بعض نماذج من الصور المرئية ومحاولة متابعتها وتقليدها.

خامساً: العلاج السلوكي:

يهدف العلاج السلوكي إلى التغلب على بعض مشاكلهم السلوكية والاجتماعية التي تحتاج إلى تدريبهم على عادات النظافة ، والمحافظة على صحتهم العامة ، واستعمال التواليت ، وضبط المثانة والأمعاء ، والابتعاد عن مشكلات سوء التغذية وفقدان الشهية أو الإفراط في تناول الأطعمة الذي يسبب لهم البدانة والتي تشكل عبئاً على أجسامهم.

سادساً: العلاج الاجتماعي والبيئي:

يتمثل في تقبل هؤلاء الأفراد لأنفسهم ، وتقبل المجتمع لهم ، واتصافهم فيه ، وتعليمهم السلوك الاجتماعي المقبول في مجال البيت (الأسرة) والمدرسة والمجتمع ، إن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبات أيضاً في مجال اللغة والحواس والتعلم فهم بحاجة إلى برامج تربوية وجهود اجتماعية مكثفة لمعالجة مشاكلهم الأسرية ومشكلاتهم الخاصة بالصحة السنية والمشاكل مع الرفاق والأقران والانسحاب من المدرسة والمعدون وإيذاء الذات واللغة السينة والسرقة والغش والكذب وغيرها إذا كانت موجودة عندهم في بيئتهم المنزلية ، ومن هنا يأتي دور المرشد التربوي والأخصائي الاجتماعي لتشخيص مثل هذه الحالات والعمل على مساعدة هؤلاء الأطفال والاستفادة من الفرص الاجتماعية لمساعدتهم.

سابعا: العلاج (التدريب) التوكيدي: Assertive Training

(تم شرح أهم فنيات التدريب التوكيدي في فصل علاج اضطرابات اللغة والتواصل) ويمكن إضافة أهمية التدريب التوكيدي في رفع درجة تأكيد المعاق لذاته ولحترامه وثقته في نفسه مما يساعده على تقبل إعاقته والتعايش معها. حتى يمكن أن يحقق أقصى ما يصل إليه من توافق نفسي واجتماعي ، وقد تأكد دور التدريب التوكيدي وفعاليتيه مع المعاقين حركياً من خلال العديد من الدراسات نذكر منها على سبيل المثال لالاحصر ما قام به مورجان وليونج Morgan & Leung (1980) بدراسة للتعرف على أثر التدريب التوكيدي على تقبل الإعاقة لدى (١٤) من المعاقين جسدياً من طلاب الجامعة من الجنسين ، وطبق عليهم برنامج تدريب توكيدي استخدم فيه الباحثان بعض التدرجيات السلوكية وبعض فنيات العلاج السلوكي وخاصة لعب الدور ، وقد كان للبرنامج جدوى وفعالية في تحسين مفهومهم عن ذاتهم ، وفي تقبلهم لإعاقتهم ، كما ساهم البرنامج في رفع درجة مهارات التفاعل الاجتماعي لديهم.

ثامناً: العلاج من خلال برامج دمج المعاقين حركياً مع العاديين:

يعتبر دمج المعاقين حركياً في كافة مجالات الحياة العامة التي يعيشها المعاق من أهم للتدخلات العلاجية الهامة ، حيث أن دمجهم سواء في أسرته أو في مدرسته أو في مجتمع النادي أو المسجد أو الكنيسة أو في مجال العمل يحقق له المزيد من التخلص من العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية ويساهم في إزالة الصعوبات التي تعوقه عن مواجهة الحياة الاجتماعية نظراً لما يملكه المعاق حركياً من إمكانيات وقدرات عقلية ومعرفية وجسدية قد تميزه عن العاديين.

وقد أبرزت العديد من الدراسات الدور الإيجابي لمساهمة المعاقين حركياً في عمليات التنمية فيما يتعلق بالأيدى العاملة في مجال الصناعة.

سلسلة إصدارات التثقيف والتكامل والتأهيل للعاجل الخيري العاديين

والتجارة ، وما أبرزته النتائج الفعلية من قدرتهم على العمل بنجاح ودقة وإتقان وكفائتهم في اتباع الطرق السليمة والإرشادات الصحيحة التي توجه إليهم ، وقد أوصت العديد من المؤتمرات بضرورة إندماجهم في المجال التربوي والتعليمي مبكراً ويكون مجاً كاملاً ، وأن يتم تعليمهم في أقل البيئات تعقيداً ، حيث أن لهم الحق كل الحق في المشاركة في فعاليات مجتمعهم الكبير ، ولهم الحق أيضاً في إثبات ذاتهم من خلال توفير فرص للنمو والتعلم جنباً إلى جنب مع أقرانهم العاديين ، حيث أنهم بإمكانهم من خلال الدمج الوصول إلى قدراتهم في الفصول العادية ، كما يحقق للدمج لهم توافقاً نفسياً عالياً ويقلل من مشاعر الخجل والإحباط والعزلة لديهم.

ومما يجب الإشارة إليه أن دمج المعاقين حركياً يعتبر أقل حدة من الإعاقات الأخرى (ماعدا الحالات شديدة الإعاقة خاصة المصابين بإعاقة اليبدين) ولهم الحق في الالتحاق بجميع أنواع للتعليم تقريباً سواء الأدبية أو العملية أو للتجارية وغيرها مع توفير بعض التسهيلات التربوية وإحداث بعض التعديلات في البيئة المدرسية حتى تتناسب مع طبيعة إعاقتهم ويتم التحصيل في الأثاث المدرسي (الأراج / الكراسي / السبورة / الحمامات / أماكن الجلوس / الوسائل التعليمية ... الخ) مع وضعهم في الطوابق الأولى من المبنى المدرسي. هذا بجانب قساع الأبواب والممرات وغير ذلك.

كما يجب مراعاة تخلص المعلق من بعض المشكلات النفسية والسلوكية التي حتماً يتعرض لها المعلق حركياً (وحتى كل أنواع الإعاقات) خاصة عند نمجه مع الطلاب العاديين والتي أهمها: الإحباط - العدوان - مص الأصابع - الانطواء - السرحان - التخريب والتدمير - العناد والمصيان - الخوف من المدرسة وكراهيتها - الخيرة.

وعند دمج المصابين بالشلل الدماغي في المدارس العامة يجب مراعاة تواجد أخصائي اللغة والكلام والعلاج الطبيعي ، كما يراعى توفير مساعدة لمعلم الفصل بالإضافة إلى توفر الأجهزة التي تساعد على التواصل مع من يعانون من قصور أو صعوبة في الكلام من الطلاب المصابين بالشلل الدماغي ، كما يحتاج هؤلاء الطلاب إلى وقت إضافي لإنجاز النشاط الذي يحتاج إلى حركة أو لإكمال النشاط المدرسي داخل الفصل.

إعداد برنامج لدمج المعاقين حركياً في المجال التعليمي:

اقترحت "بيجي" Bigge ١٩٨٢ الإجابة عن الأسئلة التالية عند تصميم البرنامج التربوي للأطفال المعاقين حركياً:

أ- للتواصل:

١- ما الأساليب التي يستخدمها الطفل ، وما مدى وضوح تلك الأساليب للتواصل من خلال:

- أ- الكلام الواضح؟
- ب- اللغة الإيمائية؟
- ج- الحركات الجسمية الثابتة؟
- د- الإشارة إلى الكلمات أو الرموز؟
- هـ- الكتابة اليدوية؟
- ز- أجهزة الكترونية خاصة؟
- ٢- هل يحتاج الطفل إلى وقت إضافي أطول من المعتاد للاستجابة؟
- ٣- التعبير الكتابي:

- ١- هل يستطيع الطفل الكتابة أو الطباعة؟
- ٢- إذا لم يكن الطفل قادراً على الكتابة أو الطباعة أو التكلم فكيف يستطيع الاستجابة؟

٣- كيف يستطيع الطفل تسجيل الأفكار أو الإجابة عن الأسئلة؟

٤- كيف يتم تقييم مهارات التعبير الكتابي للطفل؟

ج- للتعلم:

١- ما هي التعديلات اللازمة لمساعدة الطفل على استخدام الأدوات فسي

غرفة الصف كالقلم الرصاص - الأوراق - الكتب؟

٢- ما هي أساليب تعديل السلوك المستخدمة؟

٣- ما الطريقة التي يتعلم بها الطفل بفعالية (سمعيًا - بصريًا)؟

٤- ما الإجراءات أو المواد الخاصة التي قد تجعل للطفل قدرًا على التعلم

بشكل أفضل؟

٥- ما هي أفضل الأهداف التعليمية ذات الأولوية للطفل؟

د- التنقل:

١- ما القيود المفروضة على حركة الطفل؟

٢- كيف ينقل الطفل من مكان لآخر؟

٣- كيف يمكن مساعدة الطفل على تحسين مهارته تدريجيًا؟

و- الفروق الجسمية:

١- هل هناك قيود طبيعية على النشاطات الجسمية للطفل؟

٢- هل يمكن تكييف الألعاب والنشاطات لتمكين الطفل من المشاركة فيها؟

٣- ما هي النشاطات والأوضاع الجسمية المسموحة؟ وما هي النشاطات

والأوضاع الجسمية الممنوعة؟

٤- ما هي الاحتياطات التي يجب اتخاذها في الحالات الطارئة؟

ز- العمل بروح الفريق:

١- من هم الاختصاصيون الذين يجب أن يشتركوا في رعاية الطفل؟

٢- كيف يجب تنظيم وتنسيق الجهود لتلبية حاجات الطفل؟ (جمال

الخطيب ومنى الحديدي ، ١٩٩٤)

تاسعا، التربية والرعاية الرياضية الخاصة والفنية:

تشمل التربية الرياضية الخاصة برامج متنوعة من النشاطات النمائية والألعاب التي تتسم وميول وقدرات الطفل للمعاق ، والقيود التي تفرضها عليه الإعاقة. وتتمثل الأهداف الرئيسية المستوحاة من برامج التربية الرياضية الخاصة في تصحيح الأوضاع الجسمية غير الصحيحة ، وتحديد النشاطات الرياضية التي قد تنجم عنها مشكلات معينة ، وتنمية القدرات الحركية وتحسين مستوى اللياقة البدنية ، وتوفير الفرص المناسبة لتعليم النشاطات الترويحية وممارستها.

لذا يجب تدريبهم على ممارسة الألعاب الرياضية الخفيفة والألعاب العقلية البسيطة بهدف إكسابهم المرونة الكافية للقيام بأعمالهم الروتينية والاعتيادية مثل قضاء الحاجة ونظافة الجسم والأسنان وتناول الطعام والشراب وغيرها من الأعمال التي تحتاج إلى تمكنهم من استخدام ما تبقى من قدراتهم العضلية والدفع بها إلى أقصى حد ممكن. كما يجب تشجيعهم على القيام بالأعمال الفنية كالرسم والدهان والألعاب الخفيفة ويتطلب ذلك تجزئ المهمات والحركات حتى يستطيع الطفل القيام بها ، إن لدى هؤلاء الأطفال بطء واضح في القيام بالتمارين المطلوبة منهم القيام بها لذلك فهم بحاجة إلى المزيد من التدريب وتقديم التشجيع والحث والاستحسان والدعم النفسي والتغذية الراجعة وتشكيل السلوكيات التدريبية وتسلسلها والنمذجة وغيرها من الوسائل التي تساعد على ممارسة هواياتهم وألعابهم والورق والرسم والدهان وغيرها.

عاشرا، العلاج المهني (الوظيفي):

يهدف العلاج المهني إلى تنمية المهارات الحركية الدقيقة ، والتآزر العيني اليدوي ، وحركات اليدين والأصابع. ويركز أخصائيو العلاج المهني على تطوير القدرة لدى الطفل المشلول دماغيا ، وتأدية

سلسلة إصدارات التشخيص والتدخل والعلاج لغير العاطيين

المهارات الحياتية اليومية ، ومهارات العناية الذاتية ، وتطوير القدرات الحسية-الحركية ، تمهيدا لتدريبهم على أداء مهني يتلاءم وقدراتهم الخاصة.

حادى عشر: تأهيل المعاق حركيا:

يهتم الأخصائيون الاجتماعيون بمساعدة الطفل للمعاق حركيا أو المشلول دماغيا وأسرته على التعايش مع حالة الإعاقة ، والتغلب على المشكلات الاجتماعية التى تنجم عنها. ويركز الأخصائيون الاجتماعيون العاملون فى مراكز المعاقين ومدارسهم على التكيف والتعايش مع الصعوبات التى تنجم عن الانفصال عن العائلة والمجتمع ، وهم يستخدمون كل ما من شأنه مساعدة الطفل المعاق على النمو ، ومساعدة الأسرة على تطوير الاتجاهات الواقعية نحوه من خلال دعمها ، وإرشادها ، وتوجيهها.

وتشمل برامج التأهيل:

- ١- التشخيص الطبى.
- ٢- العلاج الطبيعى.
- ٣- بعض الألعاب التى تشجع على تعلم المصائب وتزيد من قابليته على التفاعل الاجتماعى.
- ٤- الاتصال بالآخرين ، إن كانت هناك إعاقة بالنطق والكلام تعالج بواسطة معالج النطق أو بالإشارة أو بوسائل لوحة الرموز.
- ٥- مساعدته للتعبير عن نفسه.
- ٦- مساعدته فى التعلم عن طريق تعديل الوسائل التعليمية العادية أو تعديل السلوك.
- ٧- مساعدته فى الحركة من مكان لآخر وتدريبه على ممارسة الأنشطة اليومية بكل قدر من المساعدة.

- ٨- مساعدته في التكيف والتفاعل مع الآخرين وبناء اتجاه إيجابي نحوهم.
- ٩- مساعدة العائلة على تقبل ابنها والتعاون مع فريق التأهيل لوضع برنامج يتي تأهيله.

ثانياً: تأهيل وعلاج فرط النشاط /

اضطراب الانتباه

أولاً: العلاج الطبي:

إن المساعدات العقاقيرية لهذه الحالات هي منبهات للجهاز العصبي المركزي خاصة كبريتات الديكروفيتامين ، وللمثيل فيديوت ولليموكين ، فقد يستجيب الطفل لأحد تلك العقاقير ولايستجيب للأخوى ، كما تختلف الجرعة المناسبة لكل فرد ، ومازالت آلية عمل هذه المنبهات غير معروفة ولكن فعاليتها خاصة جدا ، فهي تقلل النشاط العركي الزائد وتزيد من مدى تركيز الانتباه ولكن قد يكون لها آثار جانبية ، حيث تعوق منبهات الجهاز العصبي المركزي النمو الطبيعي للطول والوزن ، كما قد يساء استخدامها مما يتسبب في حدوث بعض المخاطر. وقد ظل استخدام تلك العقاقير لخفض أعراض النشاط الزائد وزيادة التحصيل الدراسي إلى أن أجرى الباحثون التربويون دراسات امبريقية أثبتت أن هذه العقاقير ليس لها فعالية في زيادة التحصيل الدراسي بالإضافة للأثار الجانبية لها مثل: الصداع ، آلام المعدة ، اضطراب النوم ، ضغط الدم ، زيادة التوتر.

ثانياً: العلاج النفسي:

نلرا ما يرضى استخدام الدواء الحاجات العلاجية الشاملة للأطفال ذوي ADHD وعائلاتهم ، لذا يجب أن يصاحبه مساعدات نفسية ، حيث أن هذه المساعدات النفسية تعطى للطفل الفرصة ليكتشف معنى الدواء بالنسبة له ، ويعرف أن الدواء مجرد مساعد وليس معالج حقيقى

حالته ، فهذا الطفل بحاجة لمساعدته على بناء بيئته مما يقلل من قلقه. ولهذا يجب على الوالدين والمعلمين وضع نظام معين للثواب والعقاب باستخدام نموذج العلاج السلوكي لتعديل الجوانب المزاجية والانفعالية لدى الطفل ، وعلى الآباء أن يواجهوا المستلزمات الطبيعية للنضج مثل الحاجة لاكتساب القيم وتكوين لنا أعلى طبيعى قابل للتكيف (Harold, I & Others, 1988: 685) ، وقد أوصى باركلي أ ، ر (١٩٩٩) بمساعدة هؤلاء الأطفال باستخدام المنبهات النفسية للأطفال المصابين بـ ADHD فوق سن الخامسة حيث يحدث هذا العقار تحسنا فى سلوك الأطفال العفوى والتحمل والشرود ، كما يساعد على تصنيف قدرتهم على اختزان المعلومات المهمة فى الأذهان ، وتحسين أدائهم الدراسى وقدرتهم على احتواء الكلام وضبط النفس ويصبح هؤلاء أكثر قبولاً لدى أقرانهم وتقبل معاقبتهم لأفعال يرتكبونها مما يؤدي إلى تحسن صورتهم الذاتية ، واقترح إدخال تدريب الأهل والمعلمين على طرق نوعية أكثر كفاءة للتعامل مع المشكلات السلوكية ضمن الخطة العلاجية لبعض الأطفال المصابين بـ ADHD ، إضافة إلى المعالجة الدوائية باستعمال المهدئات النفسية وربما مضادات الاكتئاب ، وبهذا نخلص إلى أنه ليس هناك علاج محدد وثابت لعلاج هذا الاضطراب لدى الأطفال. (باركلي أ ، ر ، ١٩٩٩)

ثالثاً: العلاج بالتغذية:

إن علاج النشاط المفرط بالتحكم فى غذاء الطفل يعد اتجاهاً حديثاً نسبياً كثر حوله الجدل ، وتصف منشورات المعهد القومى للصحة العقلية استخدام التغذية كما يلى: بعد تنظيم الغذاء علاجاً حديثاً للنشاط المفرط ، فهو يتضمن نظاماً خالصاً من الغذاء وضعه دكتور بين فاينجولد Ben Fiengold أخصائى الحساسية والأطفال بالمركز الطبى الدائم

سلسلة إحصاءات التشخيص والتعامل والتعليل المعالج لغير العاديين

(كايزر) في سان فرانسيسكو ، ولقد تقبل الآباء الذين كانوا أكثر تعاسة بنظام العلاج الطبي ، ذلك النظام الغذائي الذي يستبعد كل أنواع الغذاء والعقاقير المحتوية على المنكهات والملونات وعنصر السيلسلات من غذاء الطفل ، وكذلك استبعاد الأدوية والفيتامينات الملونة صناعيا والأمبرين ، وقد أكد دكتور فاينجولد أنه تحسن من ٣٠-٥٠% من الأطفال مفرطى النشاط باستخدام هذا النظام الغذائي. ومع هذا فإن مدى فائدته مازالت موضوع دراسة. (محمد جنيل منصور ، ١٩٩٠)

رابعاً: العلاج المعرفي:

يهدف هذا العلاج إلى المساعدة على نمو وتطور مهارات التحكم الذاتي ويمكن استراتيجية حل المشكلات ، وكلها خصائص يوجد بها قصور لدى الأطفال مضطربي الانتباه.

وقد أوضحت الدراسات أن العلاج السلوكي المعرفي يؤدي إلى تحسن لدى الأطفال في كل من الأداء السلوكي والأداء الأكاديمي ، وكانت أهم الاستراتيجيات المستخدمة في هذا النوع من العلاج النمذجة المعرفية ، للتوجيه الذاتي ، التعلم الذاتي ، الحديث الذاتي ، لتعزيز الذاتي ، رؤية الذات ، ضبط الذات كأحد أشكال التنظيم المعرفي. (Haward, 1991)

خامساً: العلاج السلوكي:

يلعب العلاج السلوكي القائم على التعزيز الإيجابي والذي يهدف إلى تعديل أنماط السلوك غير المرغوب فيها بأساليب سلوكية أخرى مقبولة في خفض مستوى الاندفاع لدى هؤلاء الأطفال ذوي اضطراب الانتباه ، والتغلب على العديد من المشكلات السلوكية لديهم ، وخاصة السلوكيات المرتبطة بأداء النشاط والطاعة ، وتقدير الذات والمهارات الاجتماعية ، والقدرة على ضبط الذات.

وقد تتخل علماء التربية لخفض النشاط الزائد ، بعد معرفتهم الأسباب الأسرية والبيئية التي تؤدي إلى هذا النشاط. ومن تلك الفنيات التي أشاروا إلى فعاليتها في خفض النشاط الزائد ما يلي:

Feedback	التغذية الراجعة
Self Instruction	التوجيه الذاتي
Contingency	التعاقد التبادلي
Modeling	التعلم بالتمودج
Gentle Teaching	التدريس اللطيف
Educational Games	الألعاب التربوية

سادساً: طرق التدريس المتنوعة Multiple Methods

وقد أثبتت الدراسات التربوية فعالية استخدام هذه الأساليب في خفض النشاط الزائد. ولكن استخدام هذه الأساليب كان يتم من خلال برامج علاجية مستقلة تماماً عن المناهج الدراسية وطرق تدريسها. الأمر الذي يدعو إلى ضرورة اهتمام الباحثين بتضمين تلك الأساليب في البرامج التدريسية لهؤلاء الأطفال ذوي النشاط الزائد في المواد الدراسية بصفة عامة وتدريس العلوم بصفة خاصة.

سابعاً: العلاج الأسري:

الذي يهدف إلى تعديل البيئة المنزلية للطفل المصاب باضطراب الانتباه لكي تصبح ملائمة لهذا النوع من العلاج ، ويتم ذلك بحل المشكلات العائلية والخلافات الأسرية التي تعوق عن تحقيق الأهداف المرجوة منه ، كما يهدف أيضاً إلى تدريب الوالدين على كيفية تعديل السلوك المشكل لدى طفلهم في بيئته الطبيعية بالمنزل ، كل ذلك يساعد الطفل على خفض التوتر والانفعال لديه.

ثامناً: العلاج من خلال التدريب على برنامج للتحكم الذاتي:

ويتضمن مجموعة من الجلسات يتم تدريب الطفل خلالها على التحكم الذاتي في مجموعة سلوكيات مستهدفة ومحددة ، وذلك بمتابعة كبل من الأسرة في المنزل والمدرس في المدرسة ، كما يمكن الاستعانة بالتدريبات على التعاقد البيولوجي والاسترخاء كوسائل مساعدة لهذا البرنامج ، وقد استخدم ذلك كل من محمد كامل (١٩٩٩) ، وإيمان أبويرة (١٩٩٩) بكلية التربية جامعة طنطا إشراف أ.د. زينب شقير وآخر من خلال برنامج يركز أساساً إلى فنيات التحكم الذاتي في السلوك يصلح التدريب عليه في مساعدة الأطفال بمتابعة الأسرة ومدرس للفصل على تعديل ذوى اضطراب الانتباه / فرط النشاط. وقد نجح هذا النوع من العلاج في خفض الحديد من المصاحبات لعينة الدراسة ذوى فرط النشاط للمصاحب باضطراب الانتباه.

تاسعاً: العلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور:

العلاج السلوكى يقوم على نظرية أن السلوك الخاطئ يرجع إلى تعلم وتكيف خاطئين ، ومن ثم يهدف العلاج السلوكى إلى إزالة السلوك الخاطئ وإعادة للتعلم والتكيف. (عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٤)

أى أن العلاج السلوكى ببساطة شكل من أشكال العلاج التى تهدف إلى تحقيق تغيرات في الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية ، ويهتدى العلاج السلوكى لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية والتجريبية فى ميدان السلوك الإنسانى ، ويستند هذا العلاج على المدرسة السلوكية التى تعتقد أن السلوك الإنسانى ما هو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة ، ويتحكم فى تكوينها قوانين الكف وقوانين الاستثارة اللتان تسببان حدوث مجموعة

سلسلة إصدارات التشخيص والتكامل والتعليم العلاج لغير الهاديين

الاستجابات الشرطية ، نتيجة للعوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد ، ويرى السلوكيون أن الاضطراب الانفعالي ناتج عن أحد العوامل الآتية:

- ١- الفضل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب.
- ٢- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة.
- ٣- مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب.
- ٤- ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة. (صهايم أبو عيطة ، ١٩٨٨)

هذا وقد ظهر العلاج المعرفي - السلوكي الذي يعد أحد التيارات العلاجية الحديثة ، والذي يهتم بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ، ويهدف إلى تعديل إدراكات العميل المشوهة ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملاءمة للتفكير وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية ولفعالية لدى العميل.

وأصبح العلاج المعرفي السلوكي يقوم على نظرية التعديل المعرفي السلوكي لهربرت ماركوس الذي بنى نظريته على مزج بعض المفاهيم السلوكية مع بعض المفاهيم المعرفية والتي أدت بها لأن تكون أوسع وأشمل من النظرية المعرفية ، وتبنى نظرية التعديل المعرفي السلوكي على أسس هامة منها: فهم وظائف الحوار الداخلي ، والتعلميات الشخصية المتبادلة ، والملاحظة الذاتية ، والأفكار المتنافرة أو غير المناسبة ، واستخدام التقويم المعرفي السلوكي ، وإعادة البنية المعرفية ، والتدريب على حل المشكلات ، وتعلم مهارات المواجهة والتكلم ، وضبط الذات وأساليبه بهدف إحداث التعلم ، وإحداث التغير في السلوك والمعرفة ، والجهد الذاتي لحدوث الاستبصار ، والتدريب على أنماط سلوكية مبنية على معارف عقلانية تفيد العميل في تحقيق التكلم (باترسون) (مترجم) ،

١٩٩٠). هذا ويهدف العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الحركة الزائدة وعدم تركيز الانتباه ، وقد أشار إلى ذلك كل من ويفر (١٩٩١) وشيما (١٩٩٦) حيث فاعليته فى المحافظة على الانتباه وتقييد الحركة العصبية أو الانفعالات العصبية ، كما ظهرت فاعليته ، بجانب العلاج الدوائى فى بعض الحالات. (إبراهيم على ، ١٩٩٧)

هذا وقد أثبتت العديد من الدراسات فعالية استخدامه لمدة قصيرة من الزمن ويؤدى إلى تغيير فى السلوك لدى هؤلاء الأطفال ومن خلاله يمكن تقليل مستوى النشاط والعمل على تزايد نشاط السلوك والسرعة فى إتمام المهام الأكاديمية.

ولكى ينجح الطفل فى تفاعلاته مع أقرانه أثناء جلسات البرنامج يستخدم معه التوجيه ولعب الدور وذلك أثناء اللعب التتافسى والتعاونى حيث وجد أن المشكلات التى تواجه الأطفال مضطربى الانتباه فى قدرتهم على التفاعل مع أقرانهم هى:

١- عدم القدرة على التعبير بالكلام ما بين مرمل ومستقبل.

٢- زيادة التبادل اللفظى غير المناسب أو السلوك الواقعى.

٣- المحادثة غير التامة.

٤- صعوبة الاستمرار فى أداء العمل الجماعى.

ويتم استخدام مجموعة من الاستراتيجيات والفنيات الهامة

مثل:

- توجيه الذات.
- التقييم الذاتى.
- المكافأة الذاتية.
- التعزيز.
- النمذجة.
- الواجب المنزلى.
- المناقشة وتبادل الحوار.
- القصة.

- التمثيل ولعب الدور. - الاسترخاء.

وهناك العديد من الإنجازات والإجراءات التي اهتمت بعلاج الأطفال مغرطى النشاط ومضطربى الانتباه وتركز هنا على الإنجازات التي تمت في كلية التربية - جامعة طنطا.

١- قامت المؤلفات الحالية (١٩٩٩) باستخدام العديد من الفئات التي يعتمد عليها العلاج المعرفى السلوكى أهمها النمذجة ، المناقشة وتبادل الحوار ، التمثيل (لعب الأنوار) ، الاسترخاء ، التعزيز (التدعيم) ، الولجبات المنزلية ، فى علاج ١٢ تلميذا بالصف الرابع الابتدائى يتراوح العمر الزمنى لهم من ٩-١١ سنة ، والذين تم تشخيصهم بأنهم ذوى فرط النشاط ، وتم تطبيق اختبار وكسلر لنكا الأطفال عليهم وتراوحت نسبة نكاشهم ما بين ٩٤,٤-٩٧,٢.

وقد تم تشخيصهم بمقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل ، وكذلك باستخدام قائمة ملاحظة سلوك الطفل DSMIII ، وقد أعدت المؤلفات سبعة قصص تدور حول أهم المشكلات السلوكية التي تهدف إلى تحسنها ، بجانب إعدادها لبرنامج علاج استغرق (١٢) جلسة ، واستخدمت المؤلفات بكل من المعلمة والأم فى تطبيق البرنامج العلاجى وذلك فى كل من المدرسة والمنزل.

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن حدوث تحسن واضح وملحوظ فى كل من الخصائص التالية لدى عينة الدراسة: انخفاض معدل اضطراب الانتباه ، انخفاض درجة فرط النشاط لديهم ، انخفاض درجة كل من السلوك العدوانى وكذلك الانفعالية لديهم.

وقد أوصت المؤلفات بضرورة إلقاء مزيد من الضوء على مشكلة فرط النشاط والمشكلات المشابهة لها والتغلب عليها ، وعلى ضرورة

تحديد الوسائل العلاجية المناسبة لمثل هذه الحالات ، أخذين في الاعتبار حاجات وسلوكيات كل طفل ، وناشدت بضرورة التدخل الميكولوجي لإسعاف مثل هذه الحالات وعلاجها ، وقدمت المؤلف مجموعة من التوجيهات لكل من الأمهات والمعلمين للاستفادة من الخبرات والمهارات المتضمنة في البرنامج العلاجي المستخدم لتنمية استجابات إيجابية في سلوك أطفالهم مفرط النشاط / مضطربى الانتباه ، مع ضرورة استقلال النشاط الزائد والحركات غير الهادفة وغير الهامة في مهارات فنية كالرسم أو الموسيقى ، وتحويل النشاط الزائد إلى أنشطة رياضية مفيدة ، وتعديل نظام مذاكرة الطفل بما يساعد على التركيز وجذب الانتباه وغير ذلك.

وأوصت بضرورة إتاحة الفرصة لهم للتعبير والتفريغ الانفعالي عن طريق ممارسة الأنشطة الرياضية والاجتماعية ، والتعريف على أهم الصراعات والإحباطات التي تواجه هؤلاء الأطفال ، حتى يمكن توفير وسائل الإرشاد والعلاج النفسي الملائم. وناشدت بضرورة تحقيق التفاعل الاجتماعي للطفل مع أقرانه العاديين في الحياة العامة أو النادي أو الشارع مع أهمية التدريب لكوادر جديدة على التدخل الميكولوجي في حياة هؤلاء الأطفال مفرطى النشاط / مضطربى الانتباه.

٢- استخدمت لبرنامج المطبوعة (١٩٩٧) برنامج علاج سلوكي معرفي مع عينة مكونة من ١٠ أطفال مضطربى الانتباه / فرط نشاط بسترلوح العمر الزمني لهم ما بين ٩-١٢ سنة وحاجت النتائج لتفصح عن نجاح البرنامج ف تعديل بعض الخصائص المعرفية والسلوكية لدى الأطفال مضطربى الانتباه.

عاشرا: التعلم بالملاحظة (النمذجة):

النمذجة أسلوب علاجي له فعالية كبيرة حيث يتم نسخ أو نمذجة السلوك المطلوب بواسطة شخص ، وتستخدم النمذجة في علاج عدد من المشكلات وهي عبارة عن إكساب مهارات اجتماعية. وهناك شكلان للعلاج عن طريق النمذجة:

- النمذجة الحية وتستخدم للأطفال في سن ٣ سنوات وفيها يتم تعديل سلوك الأطفال الخاص بالخوف (قطط - كلاب).
- النمذجة القبلية وتستخدم في تعديل السلوكيات الخاطئة وخاصة للسلوك الاجتماعي.

ويهدف هذا النوع من العلاج إلى التدخل لتعديل سلوك يحتاج إلى ملاحظة خاصة ، كما أن استخدامها يتيح الفرصة لأن يكون التدخل أكثر فعالية وذلك لسهولة التحكم في المشاهد التي يحتويها بأن يتم إرجاع المشهد أو إبطاؤه ، وقد أوضح بالدورا وأوصى أن تعرض للنماذج له آثار مختلفة على سلوك الشخص الملاحظ أهمها:

- الأثر المانع للكف ، ومن خلاله تقوى أو تضعف الاستجابات المتأصلة من قبل الشخص الملاحظ.
- أثر التيسير الاجتماعي وفيه يتم تتبع الاستجابة لدى الشخص الملاحظ حيث أن هذه الاستجابة كانت موجودة لديه من قبل.

وقد استخدمت ليقسام السطحية (١٩٩٧) هذا البرنامج للعلاج مع عينة من أطفال مضطربي الانتباه (١٠ أطفال) وجاءت النتائج لتؤكد كفاءة العلاج بالنمذجة للعديد من الاضطرابات المعرفية والسلوكية لدى الأطفال مضطربي الانتباه.

سلسلة إصدارات التشخيص والتعامل والتعلیم للعلاج لغير المتخصصين
 حادى عشر: العلاج المعرفى السلوكى القائم على التدريب على
 التعليمات الذاتية ليكنبوم:

Meichenbaum's Self-Instruction Training

فى دراسة أجريت عام (٢٠٠٢) قسم للصحة النفسية بكلية التربية
 - جامعة طنطا أجرتها الباحثة السورية سناء مسعود حيث قامت بإعداد
 برنامج علاجى قائم على التدريب على التعليمات الذاتية وطبقت الباحثة
 البرنامج على مجموعة من التلاميذ (١٤ تلميذ من الذكور) بالصنفين الرابع
 والخامس الابتدائى نوى فرط النشاط لاضطراب الانتباه وقدمت الباحثة
 عرضا للبرنامج يقوم على إيضاح فنية التدريب على التعليمات الذاتية على
 النحو التالى:

تقوم هذه الفنية على أساس أن الأشياء التى يقولها الناس لأنفسهم
 تحدد باقى الأشياء التى يفعلونها ، حيث أن سلوك الإنسان يتأثر بالجوانب
 المختلفة لأنشطته ويعتبر الحديث الداخلى أحد هذه الأنشطة.

ومن الطرق المرتبطة بأسلوب تعديل المحتوى الفكرى والحوار
 الداخلى مايسمى بالإيقاف المعتمد للأفكار غير المرغوبة Thought
 stopping إذ يطلب للمعالج من المريض أن يفكر بطريقة متمسدة لى
 الفكرة التى تسبب له التعمسة والضيق ، ثم يطلب منه بعد ذلك أن يشير
 بإصبعه عندما تكون الفكرة قد تبلورت ، وفور ظهور الإشارة الدالة على
 تكوين الفكرة وتبلورها يهتف المعالج "توقف" Stop وتبين الحالات التى
 استخدمت فيها هذه الطريقة أن الفكرة التى تتكون عندما يهتف المعالج
 "توقف" تختص من الذهن ، ومن الواضح أن هذا الأسلوب يمكن استخدامه
 ذاتيا باستبدال أوامر المعالج بأوامر من الذات وهذا ما يحدث بالفعل.
 (Kendall & Braswell, 1995: 10-11)

ويرى ميكبوم أن الحديث الذي يتم داخل الفرد يؤثر عليه ويغير البنية المعرفية التي تعطى نسق المعاني أو المفاهيم التي تمهد لظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية.

كما يرى ميكبوم (١٩٧٧) أن فنية تقييم التعليمات للذات تتطلب تكريب للمريض للتحدث مع نفسه لكي يتمكن أولاً من ضبط ذاته إزاء موقف ما ويندأ للفران باستخدام خطة مكونة من خمس خطوات بالإضافة إلى سلسلة من الاستجابات التقريبية وتكرر هذه الخطوات حتى يمكن للفرد القيام بكل مستوى بطريقة مريحة ويتم الخطوات على الشكل الآتي:

١- يقوم المدرب بإجاز مهمته وهو يتحدث إلى نفسه بصوت عالي / مسموع / نموذج معرفي.

٢- يقوم الطفل بإجاز نفس المهمة بتوجيه من تعليمات النموذج / المدرب /.

٣- يقوم الطفل بإجاز المهمة بصوت عالي / توجيه ذاتي - صريح /.

٤- يقوم الطفل بإجاز مهمته هامساً لنفسه بالتعليمات / توجيه ذاتي هامس /.

٥- يقوم الطفل بإجاز مهمته بصوت خفي مقدماً لنفسه التعليمات / توجيه ذاتي خفي. (Yates, 1985: 67-70)

وتعتبر فنية التعليمات الذاتية أسلوب من أساليب الضبط الذاتي حيث يصبح سلوك الطفل متحكم فيه / مضبوط / من خلال الألفاظ الذاتية الداخلية الخاصة به ، وقد أشار كيندال وراسويل (Kendall & Braswell) لثلاثة عوامل لنجاح تكريب التلاميذ على إدارة ضبط الذات أثناء تنفيذ فنية التعليمات الذاتية وهي:

١- يجب أن يضع المدرب / النموذج / في اعتباره القدرة المعرفية للتلاميذ.

٢- أهمية استخدام الحوافز مباشرة بعد التدريب.

٣- يجب أن يضع المدرب خطة ليعمم المؤثرات المؤدية إلى نجاح فلية التعليمات الذاتية وخاصة القدرة المعرفية. (Kendall & Braswell, 1982)

إن الضبط الذاتي عن طريق تقديم التعليمات للذات يعد من أفضل الطرق لأنه يجعل الضبط نابعا من الداخل وليس من الخارج فالخارج ليس مستمرا وملازما للفرد ، إذ عندما يذهب أو ينعدم الضبط الخارجى ينعدم ضبط الذات. (Edward, 1998)

إن إجراءات تقديم التعليمات للذات تتضمن التدريب على استخدام الألفاظ الموجهة للمهمة وتتضمن عبارات التعزيز الذاتى ، ونمذجة السلوك ، الملائم للمهمة ، ومراقبة الذات ، وتقييم الذات (Konstantareas & Hornatidis, 1983) وتعد التعليمات الذاتية رسائل لفظية توجه السلوك ويتمثل ذلك فى أبسط صورته عندما يصدر الإنسان إلى نفسه تعليمات لكى ينجز أهدافا معلومة ومحددة.

اشتمل البرنامج على ١٨ جلسة (بمعدل ٥٠ دقيقة للجلسة الواحدة) ، وهدف البرنامج السلوكى للمعرفى القائم على فية تقديم التعليمات للذات إلى:

أ- تدريب الأطفال ذوى فرط النشاط على الانضباط والتفكير والانتباه والتوقف قبل إصدار أى استجابة ، وذلك من خلال تقديم التعليمات للذات من أجل الضبط الذاتى وتخفيض مظاهر فرط النشاط لديهم والى تتجلى فى الحركة المفرطة وعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية.

ب- تدريب هؤلاء الأطفال على تعزيز أنفسهم عند إصدار استجابة صحيحة مما يعزز الثقة بأنفسهم وبقدرتهم على الإنجاز والنجاح وبالتالي يزيد تقديمهم لذواتهم.

وأُسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض درجات فرط النشاط والانفعالية ، وارتفاع تركيز الانتباه وتقدير الذات مع التحسن في الأداء التحصيلي لهؤلاء التلاميذ خاصة في ملئى للقراءة والكتاب.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- إبراهيم على إبراهيم (١٩٩٧): الاتجاهات الحديثة في العلاج السلوكي: مجلة البحث في التربية وعلم النفس ، ٤ (١٠) كلية التربية جامعة المنيا.
- أحمد عكاشة (١٩٩٨): الطب النفسي للمعسر ، الأنجلو المصرية ، القاهرة.
- أميرة قرناص (١٩٩٠): كيف تحرك معافاً. جمعية العلاج الطبيعي القانونية ، الأردن.
- أنيس قاسم (٢٠٠٠): مقدمة في سيكولوجية اللغة ، مركز الاسكندرية للكتاب.
- أنيس قاسم (٢٠٠١): للغة والتواصل لدى الطفل ، مركز الاسكندرية للكتاب.
- أنيس قاسم (١٩٩١): دراسة تشخيصية لاضطراب الانتباه عند الأطفال ، مجتبر ، كلية التربية جامعة طنطا
- أنيس قاسم (١٩٩٧): أثر استخدام كل من العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالملاحظة (النمذجة) في تعديل بعض خصائص الأطفال مضطربى الانتباه ، دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة طنطا.
- اتحاد هيئات اللغات الخاصة والمعاقين: النشرة الدورية ، (٢٠٠٣) ٧٤ (١٩).
- إيمان أبو رية (١٩٩٩): فعالية برنامج التحكم الذاتي لغرض فرط النشاط لدى الأطفال. دكتوراه. كلية التربية. جامعة طنطا.
- باركلي ، آر (١٩٩٩): خال فرط الحركة مع نقص الانتباه عند الأطفال: مجلة العلوم النفسية الكويت للتقدم العلمي.
- زينب شوقي (١٩٩٩): فاعلية برنامج معالي سلوكي في خفض حدة سلوك فرط النشاط لدى الأطفال. مجلة كلية الآداب. المنيا.
- سعيد العزة (٢٠٠٠): الإعاقة الحركية والصحة ، دار العلمية للنشر ، عمان.
- شوقي السيلاني (٢٠٠٤): مدى فعالية العلاج العقلي الانفعالي في تعديل السلوك العدواني لدى المعوقات جسمياً. دكتوراه ، كلية التربية بنها.
- طلعت فوزة (١٩٩٣): التثاقف النفسي والصفي والشمال الرياضي ، وزارة العمل والشؤون الاجتماعية. الرياض.
- عادل الأشول (٢٠٠١): أثر الإرشاد النفسي للنبي في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين. مكتب الإنماء الاجتماعي ، ج١ ، للكويت.
- عبد الرحمن العيسوي (١٩٧٥): علم النفس في الحياة المعاصرة. دار المعارف ،
- سناء مسعود ٢١ - ١٢: فاعلية برنامج قائم على التدريب مع التعليمات الذاتية في خفض فرط النشاط
- عبد الرحمن سليمان (١ - ٢): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة ، ٤ أجزاء. زهران الشرق ، القاهرة.
- عبد الرحيم بخت (٢٠٠٢): الدليل الأمريكي لتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية، مؤتمر التربية الخاصة في القرن ٢١، كلية التربية- جامعة إنينا.
- عبد الصبور منصور (٢٠٠٣): مقدمة في التربية الخاصة ، زهران الشرق ، القاهرة.
- عبد العزيز المرابطي وجميل تيمسلي (١٩٩٨): الإعاقات الجسمية والصحية ، ط١ ، مكتبة الفلاح. الكويت.
- عبد العزيز الشخص وعبد القادر العسلي (١٩٩٢): قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين ، الأنجلو المصرية ، القاهرة.
- عبد السلام عبد القادر ويوسف الشيوخ (١٩٨٥): سيكولوجية الطفل والتربية الخاصة. النهضة المصرية. القاهرة.

سلسلة إصدارات التشخيص والتكامل والعلاج لغير العاديين

- عبد المنعم الطنسي (١٩٩٤): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، جـ ١، مكتبة مديبولي: القاهرة.
- عبد المنعم الطنسي (١٩٩٩): موسوعة الطب النفسي، جـ ٢، مكتبة مديبولي، القاهرة.
- عثمان لبيب فراج (١٩٩١): الإعاقة ورعاية المعاقين، ط ١، البحرين.
- عثمان لبيب فراج (١٩٩٤): حجم مشكلة المعوقين، تقرير وبحوث ودراسات المؤتمر السادس (نحو مستقبل أفضل). اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين.
- عصان يعقوب (١٩٩٥): الطفل قليل الانتباه وكثير الحركة، مجلة العربي (٤٢٤).
- فاروق صافي (١٩٩٣): أسس برنامج التكامل المبكر لذوي الحاجات الخاصة، مجلة محوقات الطوقلة، جامعة الأزهر، للمجلد الثالث.
- كمال مسلم (١٩٨٨): لفروق الفردية لدى المعاقين وغير العاديين، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض.
- كمال سيسلم (٢٠٠١): للمعاوقين جسمياً وصحياً في المدارس العامة، دار الكتاب الجامعي - العين، الإمارات العربية المتحدة.
- ماجدة عويد (١٩٩٩): الإعاقات الحسية والحركية، دار صفاء للنشر، الأردن.
- ماجدة عويد (٢٠٠١): رعاية الأطفال المعاقين حركياً، دار صفاء للنشر، الأردن.
- محمد السيد عبد الرحمن، منسى خليفة حسن (٢٠٠٣): تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية على المهارات التفاعلية. دار الفكر العربي. القاهرة.
- محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة حسن (٢٠٠٤): دليل الآباء والمتخصصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدي. دار الفكر العربي. القاهرة.
- محمد البوليول (٢٠٠٠): الإعاقة الحركية والشلل الدماغي. دار الفكر العربي. الأردن.
- محمد عبد المقصود (١٩٩٥): فعالية كل من الإرشاد النفسي الفردي والجماعي في مفهوم لذات لدى حصة من المراهقين المصابين بشلل الأطفال. دكتوراه، كلية التربية - جامعة طنطا.
- محمد كامل (١٩٩٦): سيكولوجية الفئات الخاصة، ط ١، النهضة المصرية.
- محمد كامل (١٩٩٨): الأوتيزم، النهضة المصرية. القاهرة.
- محمد منصور (١٩٩٠): النشاط المفرط لدى الأطفال وكيف تتعامل معه. سلسلة بحوث نفسية وتربوية. إصدار فاروق عبد السلام وميسرة طاهر. دار الهدى للرياض.
- محمد منصور، سحر الكفافي، نجلام الحشيش (٢٠٠٣): الأسس النيوروسيكولوجية للاضطرابات النفسية، مطابع جامعة طنطا.
- مصطفى كامل (١٩٩٠): مقياس تقدير سلوك التلميذ لفرز حالات صعوبات التعلم: كراسة التعليمات، الأجلو، القاهرة.
- نادية الفرياني (١٩٨٩): استخدام الجماعة الصغيرة في تنمية القدرات الإبداعية لدى الأطفال، المؤتمر الثاني للطفل المصري، تشكّلته ورعايته، مركز دراسات الطوقلة، عين شمس، مارس.
- فنام عبد الوهاب (١٩٩٨): برنامج إرشادي لتعليم بعض مهارات المودان للمعاقين حركياً (شلل الأطفال). مؤتمر الإرشاد النفسي الخامس. جامعة عين شمس.
- واهم الكفافي (١٩٧٦): الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي، دار المعارف، القاهرة.
- يوسف الزعيط (٢٠٠٠): التأهيل المهني للمعوقين، دار الفكر، عمان.
- يوسف الفرياني، عبد العزيز المرغاي، جميل والصمداني (١٩٩٥): منخل إلى التربية الخاصة، دار العلم للنشر، دبي.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- *American Psychiatric Association (1987)*: Diagnostic and statical manual of mental disorders DSM-III. The American Psychiatric Association.
- *American Psychiatric Association (1994)*: Diagnostic and statical manual of mental disorders, DSM-IV, Weshington.
- *Biederman, J, Faraone, SV, & Taylor. A. (1998)*: Diagnostic Continuity between child and adolescent ADHD., J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry, Mar, 37 (3), 305: 313.
- *Carlson, CL, Tanam, L & Gaub, M (1997)*: Gender differences in children with ADHD & Co-occurring ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, Dec, 36 (12): 1706-1714.
- *Morgan B & Lung. P, (1980)*: Effects of assertion training on acceptance of disability by physically disabled students J. of counseling psychology. 27 (2).
- *Fox, RA & Wade, EJ (1998)*: ADHD among adults with severe of profound mental retardation, Res Dev Disabil, May-Jun, 19 (3): 275-280.
- *Glickman, MM & Dodd, DK (1998)*: A measure of urgent task involvement among adults with ADHD. Psychol Rep, Apr, 82 (2): 592-594.
- *Greene, RW, Biederman, J & Faraone, SV (1997)*: Adolescent outcome of boys with ADHD. J Consult Clin Psychol, Oct, 65 (5): 758-767.
- *Harold, I., Kaplan, M, D., Benjamin, J. & Sadock, M.D. (1988)*: Synopsis of psychiatry. (5th ed), Williams & Wilkins. Chapter 38, 596-603.
- *Jensen, VK, Larrieu, JA & Mack, KK (1997)*: Differential diagnosis between ADHD & pervasive developmental disorder- not Otherwise specified. J Clin Pediatr, Oct, 36 (10): 555-561.
- *Kuhne, M, Schachar R & Tannock, R (1997)*: Impact of comorbid oppositional or conduct problems on ADHD, JA Acad Child Adolesc Psychiatry. 36 (12): 1715-1725.
- *Lazar, TW & Frank. Y (1998)*: Frontal systems dysfunction in children with ADHD & LD, J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 10 (2): 160-167.
- *Levy, G & Haffes, G (1997)*: Discrimination of ADHD Continuous performance test, J Paediatr Child Health, Oct. 33 (5): 384-387.

- **Marshall, RM, Hynd, GW & Hall, J. (1997):** Academic underachievement in ADHD subtypes, *J learn Disabil*, 30 (6): 635-642
- **Milberger, S, Biederman, J. Faraone, SV & Wilens, T (1997):** Associations between ADHD and psychoactive substance use disorders, *J Am Addict*. 6 (4): 318-329.
- **Pinter, R. & Brunschwing, Lly (1937):** A study of certain factors & wishes among deaf & learning children. *J educ Psy*; 255-270.
- **Vaughn, ML, Riccio, CA, Hynd, GW & Hall, J. (1997):** Diagnosing ADHD *J Clin Psychol*. 26 (4) 349-357
- **Weiss, RE, Stein, MA & refetoff, MA & Refetoff. S (1997):** Behavioral Effects of Liothyronine in children with ADHD in presence and absence of resistance to thyroid hormone. *Thyroid*, 7 (3): 389-393.

فهرس الموضوعات

الصفحة	الموضوع
٤٤-٧	الباب الأول الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملي للإعاقة الجسمية (الحركية - الانفعالية)
٩	..... مقدمة.
٩	..... لتشخيص الفارقى لأنواع الإعاقة البدنية.
١١	<u>أولاً: المقيد:</u>
١١	..... من هو المقيد.
١٢	..... أهم الملامح التشخيصية للمقيد.
١٤	..... تشخيص الإعاقة البدنية.
١٥	..... أهم مجالات تشخيص المعاقين حركياً.
١٧	<u>ثانياً: شلال الأطفال:</u>
١٩	..... تشخيص شلال الأطفال.
٢٠	..... المحكات للتشخيصية لشلال الأطفال.
٢١	<u>ثالثاً: الشلال الدماغى (المغشى):</u>
٢١	..... ما هو شلال الدماغى؟
٢٢	..... لتشخيص التصنيفى الفارقى لأنواع شلال الدماغى.
٢٨	..... أهم الملامح التشخيصية (المشكلات) للشلال الدماغى.
٣١	..... أدوات لتشخيص المعاقين حركياً والمشلولين دماغياً.
٣٢	<u>رابعاً: اضطراب لفظ التشاؤم / اضطراب الالتئام:</u>
٣٢	..... التعريف.
٣٤	..... لتشخيص التصنيفى الفارقى لأنواعه.
٣٥	..... الملامح والمظاهر التشخيصية العامة.
٤٣	..... أهم أدوات التشخيص.
٨٤-٤٥	الباب الثانى التنظيم العلاجى والرعاية المتكاملة للمعاقين (حركياً - انفعالياً)
٤٧	<u>أولاً: المقيد - شلال الأطفال - الشلال الدماغى:</u>

الصفحة	الموضوع
٤٧	- أهم أنواع الرعاية للأطفال المعاقدين حركياً.....
٤٨	- أهم جوانب تدريب وعلاج المعاقدين حركياً والمشلولين دماغياً.....
٥٠	- أهداف برامج المعاقدين حركياً.....
٥١	- برامج ومناهج للمعاقدين حركياً واستراتيجيتها.....
٥٣	- أنواع التمارين التي يجب استخدامها مع المعاقدين حركياً وطسرق إجرائها.....
٥٤	- دور الأسرة في رعاية الإعاقة للحركية باتواعها.....
٥٥	- دور معلم التربية الخاصة في رعاية المعاقدين حركياً.....
٥٧	- بعض أنواع العلاج والتدريب والتأهيل.....
٧٠	<u>تأهيل تأهيل وعلاج فط النشاط / اضطراب الانتباه</u>
٨٥	المراجع.....

اقرأ للمؤلفة

أولاً: المراجع:

- ١- رعاية المتفوقين والموهوبين والمبدعين.
 - ٢- سيكولوجية الفئات الخاصة والموقين.
 - ٣- كيف نربي أبنائنا.
 - ٤- اضطرابات اللغة والتواصل "الطبعيتين الأولى والثانية".
 - ٥- الشخصية السوية والمضطربة (ط١-٢٠٧).
 - ٦- علم النفس العيادي (الإكلينيكي).
 - ٧- الباثولوجيا الاجتماعية والمشكلات المعاصرة.
 - ٨- أسرتي ومدرستي أنا ابنكم المعاق.
 - ٩- نداء من الابن المعاق.
 - ١٠- لحذر اضطرابات الأكل.
 - ١١- الاضطرابات السيكوسوماتية.
 - ١٢- خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة.
 - ١٣- الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملي لغير العالدين.
 - ١٤- للتعليم العالجي والرعاية المتكاملة لغير العالدين.
 - ١٥- الاتجاهات المعاصرة في التشخيص التكاملي والتعلیم العالجي والرعاية لذوي الاحتياجات الخاصة.
 - ١٦- أبى - أمى ولدك المتفوق والموهوب ... إلى أين؟
 - ١٧- همسات ولمسات
- طرق التواصل والتخاطب للصامتون والمتشرون في الكلام والنطق
- ١٨- الشموع المضيئة نحو الكفيف وضعيف البصر.
 - ١٩- إيدى في إيدك مع المعاق جسمياً (حركياً - ولفعالياً)
 - المقعد - ثلال الأطفال - ثلال الدماغى - فرط النشاط.
 - ٢٠- علما أبنائكم المعاقون عقلياً (وتربوياً)
 - (التخلف العقلى - صعوبات التعلم - التأخر الدراسى - التوحد).

٢١- انتبه واحذر الاضطرابات النفس جسمية "الميكوسوماتية" والسوماتوسيكولوجية".

ثانياً: الاختبارات والمقاييس النفسية:

- ١- مقياس صورة الجسم. النهضة المصرية ، القاهرة
- ٢- مقياس المعتقدات نحو المرض النفسى. النهضة المصرية ، القاهرة
- ٣- مقياس الاتجاه نحو المرض النفسى. النهضة المصرية ، القاهرة
- ٤- مقياس مواقف الحياة الضاغطة. النهضة المصرية ، القاهرة
- ٥- مقياس الاحترق النفسى. النهضة المصرية ، القاهرة
- ٦- مقياس الحولجز النفسية. النهضة المصرية ، القاهرة
- ٧- مقياس المخاوف للأطفال. النهضة المصرية ، القاهرة
- ٨- مقياس قلق الموت. النهضة المصرية ، القاهرة
- ٩- مقياس اضطرابات الأكل. النهضة المصرية ، القاهرة
- ١٠- مقياس فقدان الشهية العصبى. النهضة المصرية ، القاهرة
- ١١- مقياس الشره العصبى. النهضة المصرية ، القاهرة
- ١٢- مقياس الاغتراب النفسى. النهضة المصرية ، القاهرة
- ١٣- مقياس الاتجاه نحو دمج المعالين. النهضة المصرية ، القاهرة
- ١٤- مقياس الاتجاه نحو دمج المتوقفين. النهضة المصرية ، القاهرة
- ١٥- مقياس تشخيص السمعة المغرطة. النهضة المصرية ، القاهرة
- ١٦- مقياس تشخيص الصداغ النفسى. النهضة المصرية ، القاهرة
- ١٧- مقياس التوافق النفسى. النهضة المصرية ، القاهرة
- ١٨- مقياس التوافق النفسى لمتحدى الإعاقة. النهضة المصرية ، القاهرة


توزيع: مكتبة النهضة المصرية ٩ ش على ، القاهرة ☎ ٢/٢٩٥٦٧٧١

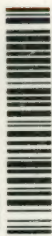
مكتبة الأجلو المصرية ١٦٥ ش محمد فريد ، القاهرة ☎ ٢/٣٩١٤٣٣٧

مكتبة زهراء الشرق ١١٦ ش محمد فريد ، القاهرة ☎ ٢/٣٩٢٩١٩٢

دار للكتاب الحديث ٩٤ ش عباس المقاد ، مدينة نصر - القاهرة ☎ ٢٧٥٢٩٩٣

028
65e

 Bibliotheca Alexandrina



1182157